Université Bordeaux 2 – Victor Segalen
UFR Sciences de l'Homme
Département de Sociologie

Thèse pour l'obtention du grade de
Docteur de l'Université Bordeaux 2
Discipline : Sociologie
Présentée et soutenue publiquement par

Maitena MILHET

Le 6 Janvier 2003

L'EXPÉRIENCE DES TRAITEMENTS DE SUBSTITUTION : UNE SORTIE DE LA TOXICOMANIE ?

Sous la direction de Monsieur le Professeur Didier Lapeyronnie

Jury
Patrick Baudry, Professeur à l'Université Bordeaux 3 – Michel de Montaigne
Robert Castel, Professeur à l'Ecole des Hautes Etudes en Sciences Sociales
Marcel Drulhe, Professeur à l'Université Toulouse 2 – le Mirail
François Dubet, Professeur à l'Université Bordeaux 2 – Victor Segalen

Table des matières

REMERCIEMENTS ..... **VII**

INTRODUCTION **1**

CHAPITRE I **7**

LA SORTIE DE LA TOXICOMANIE : **7**

PERSPECTIVES ET ORIENTATIONS GENERALES **7**

I) Toxicomanes en traitement 8
I.1) Diversité de la population étudiée 8
I.2) Un ensemble de handicaps 11
Conditions d'existence sociale 11
« Repartir à zéro » 13
I.3) Abstinents et non abstinents 15
II) La sortie en questions 20
Vivre le changement 21
Construire une nouvelle identité 22
Peut-on parler de sujet ? 23
Les épreuves de la sortie 25
Les supports de la sortie 27
III) L'usager de drogues 28
III.1) Individu anomique et pathologie de la volonté 29
Une explication de la toxicomanie 29
Guerre à la drogue, délinquants et psychopathologie 30
Une théorie limitée 31
Un système en faillite 32
III.2) Un individu rationnel 34
Comprendre les usages de drogues 34
« Vivre avec les drogues » et les usagers de drogues 36
La négociation avec l'usager : entre pari et réalité 38
III.3) Un individu incertain 39

IV) Les « cadres » de la sortie 42
V) Le moment du renoncement aux drogues 43
Conclusion 46

CHAPITRE II 47

UNE ENQUÊTE 47
I) Sortir par les traitements 49
II) Le travail du chercheur 51
III) L'enquête par entretiens 60
III.1) Les personnes interviewées 60
III.2) Le recueil du matériau 62
Proposer l'entretien 62
Le lieu 64
Mener l'entretien 64
Traiter le matériau 65
III.3) Réunions de groupe 66
IV) Les soignants 67
Les entretiens 68
Observations 68

CHAPITRE III 71

USAGES DE DROGUES : DE L'IDENTIFICATION AU RENONCEMENT 71
Introduction 72
I) Carrière de toxicomane 73
I.1) L'apprentissage de la consommation 73
« Les techniques » 74
« Les bonnes raisons » 76
« Les auto-contrôles » 78
I.2) Les effets de la drogue 81
I.3) « Etre toxicomane » : une hyperactivité sociale 83
II. Les acteurs de la carrière 85
II.1) Les collègues 85
II.2) « Les copains » 90
Quelques amis dans un univers de connaissances vagues 90
Des relations purement intéressées 92
« Les copains » comme support de la carrière et de la fin de la carrière 93
Identification au statut et perte d'identité personnelle 96
III) Récits de toxicomanies : « l'engrenage » 99
« Réaction du sujet » 106
IV) Envisager le traitement 108
IV.1) Un choix contraint 108
IV.2) Résistance du sujet, absence de projection individuelle 112
Conclusion 117

CHAPITRE IV 119

INDIVIDUS EN TRAITEMENT 119
Introduction 120
I. L'entrée en traitement 121
I.1) Traitement = produit 121
I.2) Des soignants absents 123
I.3) Des soignants étrangers, une relation à construire 126
Conclusion partielle 129
II) Expérience du traitement : le travail de l'individu 130
II.1) L'utilisation dans le dégagement 131
Le produit 131
Pallier les effets limités 131
Logique d'usager et appropriation du traitement 133
La présence soignante 135
Des connaissances intéressantes 135
Gérer l'offre de soins 137
Le lieu 141
II.2) L'Adhésion dans la dépendance 146
Le produit 146
La présence soignante 147
Une attention qui réconforte 148
Une demande de contrôle 149
Vers l'autocontrôle 153
Le lieu 154
Un manque de détachement 155
II.3) La soumission révoltée 160
Le produit 160
La présence soignante 162
« Être » un objet de l'investigation soignante 165
La rage 167
Le lieu 170
Conclusion 173

CHAPITRE V 175

LES CONTEXTES DE SOINS 175
Introduction 176
I) Le traitement vu par les soignants 177
I.1) Autorité médicale, contrôle du patient 177
I.2) Les préjugés 180
I.3) Divergences de points de vue sur le traitement 184
II) Trois modèles de soin 186
II.1) Un modèle de traitement psychologique 186
Socialiser le toxicomane 186
Restructuration psychologique 189
« Entrer dans le cadre » 193
II.2) Un modèle médical de traitement 196
Soigner une maladie 196
Suivre un mode d'emploi 198
II.3) Un modèle social de traitement 202

Délivrer des produits, une urgence sanitaire ... 203
Négocier le traitement ... 205
Conclusion partielle ... 208
III) Les invariants de l'expérience ... 210
III.1) Une pluralité de logique d'action ... 210
Une indépendance relative face aux modèles de traitement ... 212
III.2) « L'héritage toxicomaniaque » ... 214
Les produits comme médiateurs de la connaissance de soi ... 215
Désir de reconnaissance et refus du stigmate ... 216
III.3) Une rationalité confortée par la toxicomanie ... 218
Conclusion ... 220

CHAPITRE VI ... 222

INSTANCES DE CONTRÔLE ET DE SOCIALISATION ... 222
Introduction ... 223
I) Familles et toxicomanies : participations et freins à la consommation de drogues ... 223
I.1) Désir d'indépendance et dépendance matérielle ... 223
I.2) Une désapprobation discrète ... 227
I.3) Identification familiale ... 229
I.4) L'ambiguïté de la co-dépendance ... 233
II) Famille et sortie de la toxicomanie ... 235
I1.1) Un soutien indéfectible ... 236
II.2) Une personnalité singulière ... 238
II.3) L'identité de toxicomane comme obstacle à la reconnaissance ... 245
II.4) Les enfants ... 250
Les enfants comme support de la sortie ... 251
La mauvaise conscience ... 252
Conclusion partielle ... 254
III) Les relations avec la police ... 255
III.1) « Haine du flic » ... 256
III.2) Humour et connivence ... 258
III.3) Des activités voisines, des connaissances partagées ... 263
III.4) Entre crainte de la répression et reconnaissance de sanctions efficaces ... 265
III.5) Etre mis face à ses responsabilités ... 267
IV) Le pouvoir du « psy » ... 268
IV.1) Des expériences traumatisantes ... 269
IV.2) Un travail inutile, des attitudes prévisibles ... 270
Entre possession et dépossession ... 275
Conclusion ... 276

CHAPITRE VII ... 278

« LA VIE EN SUSPEND » ... 278
Introduction ... 279
I) Les étapes du traitement ... 281
I.1) Découverte du traitement et conquête de l'abstinence ... 281
Jouer le rôle du patient ... 281
I.2) Libération ... 284

Le corps ... 284
Des patients stabilisés ... 286
I.3) Désillusion ... 288
Banalisation du produit et sentiment de décalage ... 288
En quête de sensation ... 292
Un corps souffrant ... 294
Envies de « défonce » ... 298
« A propos de la sortie » ... 300
II) Arrêt en suspend ... 301
II.1) Envisager l'insertion ... 301
II.2) « L'ennui ordinaire » ... 305
II.3) Blessures héritées du passé ... 308
« Le corps » ... 308
« Entorses à la moralité » ... 309
« Les trahisons » ... 310
II.4) Quel travail pour quelle sortie ? ... 312
Conclusion ... 313

CHAPITRE VIII ... 314

ÊTRE SUBSTITUÉ ... 314
Introduction ... 315
I) Contrôle social et stigmatisation ... 316
I.1) Traitement, famille : aide à la sortie et assignation de rôle ... 316
« Contrôler le toxicomane » ... 316
Une identité prescrite ... 318
I.2) Une population stigmatisée ... 321
II) Résistance au stigmate et affirmation de soi ... 324
II.1) De la « démarcation » à « l'héroïsation » ... 324
« Je ne suis pas un tox » ... 324
« Il n'y a pas de honte » ... 327
Fragilité personnelle et affirmation de soi ... 328
II.2) Exposés de respectabilité ... 331
Victimes du système ... 331
Demande de reconnaissance et protection de soi ... 335
Une toxicomanie symptomatique ... 336
Un sujet fragile mais pas inexistant ... 339
III) Un sujet rendu invisible ... 341

CONCLUSION ... 349

ANNEXE A ... 371

LES TRAITEMENTS DE SUBSTITUTION. CONNAISSANCES ET EFFICACITÉ ... 371
I) L'efficacité des traitements ... 371
I.1) Evaluer l'efficacité des traitements : des données toujours relatives ... 372
I.2) Evolution des patients et caractéristiques des traitements, les principaux résultats ... 374
La consommation de drogues ... 374

Les activités délinquantes 375
L'insertion professionnelle 375
Les pathologies 375
La mortalité 376
I.3) Efficacité des traitements et pratiques médicales 378
Délivrer une dose satisfaisante de produit 378
Trouver la bonne « quantité de traitement » 379
Une équipe formée et motivée 380
Le rôle du temps 380
La question du sevrage 382
Comparaison des traitements 383
II) Les traitements dans les textes 385

ANNEXE B 390

LES PERSONNES RENCONTRÉES 390

ANNEXE C 399

LES ÉTAPES ET LES LOGIQUES DU TRAITEMENT 399

ANNEXE D 400

GUIDES D'ENTRETIEN 400

ANNEXE E 406

ENTRETIENS 406

BIBLIOGRAPHIE 445

Remerciements

Mes premiers remerciements vont à Didier Lapeyronnie. Ses conseils avisés ainsi que sa rigueur intellectuelle m'ont permis d'élaborer ma réflexion. Il m'a aidée à trouver la force d'affirmer un point de vue personnel. Je le remercie pour ces encouragements répétés. François Dubet a aussi suivi mon travail de près. Il a lu mes textes avec attention. Je le remercie vivement pour sa disponibilité.

L'ensemble des soignants et des personnes en traitement que j'ai rencontrés m'ont permis de concevoir ma thèse comme une aventure humaine. Les moments passés en leur compagnie ont animé mon désir de restituer leur expérience et ont nourrit mon ardeur au travail.

Je tiens à exprimer toute ma gratitude à Anne Coppel. Elle m'a spontanément accordé du temps à divers moments de l'élaboration de mon travail. L'étendue de ses connaissances mais peut-être surtout son enthousiasme et la densité de ses expériences professionnelles ont stimulé ma réflexion. Elle m'a fait sentir combien la complexité des réalités de terrain force à la modestie. Je ne sais si je suis parvenue à honorer cette leçon d'humilité, mais elle fait partie des enseignements qu'elle m'a transmis. Je lui sais gré de sa grande générosité.

Malgré le caractère solitaire de la rédaction d'une thèse, je n'ai jamais été abandonnée à cette solitude. Mes amis Néphèli, Christophe, Maïlys, Nanie et Elise m'ont entourée sans compter. Je leur dois bien plus que des remerciements. Mon ami Jean Philippe m'a apporté sa contribution à un moment clé, celui des ultimes retouches nécessaires à la mise en page du manuscrit. Il a travaillé pour moi jusqu'à des heures fort tardives. Je tiens à saluer ses talents d'éditeur et je le remercie profondément pour tout le temps qu'il m'a accordé.

Pour ma tante Sylvie, j'ai toujours eu le choix entre « finir ma thèse » ou « finir ma thèse » ! Elle n'a jamais manqué de me secouer, avec grand cœur, quand je manquais de dynamisme. Grâce à elle, j'ai fait le bon choix ! Ma sœur Sandrine m'a aussi grandement aidée et je tiens à lui rappeler l'immense tendresse que j'éprouve pour elle. Mes parents m'ont accompagnée tout au long de ces années de travail pendant lesquelles je les ai mis à rude épreuve. Leur présence m'a été très précieuse. Je veux, une nouvelle fois, leur témoigner tout mon amour.

Introduction

Le travail qui suit porte sur la sortie de la toxicomanie par les traitements de substitution. Ces traitements s'inscrivent dans les orientations politiques dominantes et ils concernent à ce jour près de 83 900 toxicomanes[1].

Bien avant toute interrogation sur les caractéristiques de ces nouvelles thérapeutiques ou sur les raisons de leur entrée en force dans la politique des drogues et toxicomanies, deux questions s'imposent au chercheur : est-ce qu'on sort de la toxicomanie ? Est-ce que « ça marche » ? Et ce sont ces questions qui surplombent n'importe quelle interrogation sur la sortie. Pourtant, abordées frontalement, elles ne mènent qu'à des réponses fragmentaires. Ces questions sont évidentes mais trop partielles.

De nombreuses études ont pour finalité de statuer sur la sortie par les traitements de substitution. Cela implique la construction d'indicateurs et au chercheur, de confronter l'action des traitements à tel ou tel critère de sortie. Suivant cette logique, les multiples études menées sur les traitements de substitution permettent de trancher en faveur de leur efficacité[2]. Le caractère disparate des postulats et méthodologies adoptées dans les recherches force à considérer les résultats obtenus avec mesure. Néanmoins, ramenée à des indicateurs aussi décisifs que l'abstinence, la délinquance, la mortalité ou l'insertion professionnelle, l'action positive de ces traitements n'est plus à démontrer.

La question de la sortie comme celle de l'efficacité des traitements ne sont pour autant pas réglées, essentiellement parce que les critères retenus dans les études

[1] Dont 9 600 en traitement méthadone et 74 300 en traitement subutex selon les estimations de l'Observatoire Français des Drogues et Toxicomanies. Rapport 2002.
[2] Une présentation détaillée de ces études et de leurs résultats est développée dans l'annexe A.

n'épuisent pas la notion de sortie de la toxicomanie. A y regarder de près, celle ci est irréductible à la réunion d'indicateurs, même élaborés avec la plus grande rigueur. Par exemple, la consommation de drogues engage l'individu dans un système relationnel particulier. La sortie implique donc des changements d'ordre relationnel. Or, ce type d'évolution n'est pas quantifiable. Il est possible de repérer l'abandon ou non de certaines relations – celles avec les vendeurs et usagers de drogues notamment –, mais l'on ne peut pas « mesurer » l'évolution de la qualité des liens que l'individu entretient avec sa famille, ses collègues, ses voisins… Il est également difficile d'évaluer l'évolution de la qualité de vie des individus en voie de sortie. Ces dimensions peuvent être approchées à l'aide d'indicateurs, mais elles restent de nature qualitative ce qui, par définition, échappe à tout décompte évaluatif.

On approche ici les limites des démarches quantitatives et l'insuffisance du « est-ce qu'on sort ? », « est-ce que ça marche ? ». Essentielles, ces questions restent suspendues à l'appréciation singulière que l'on porte sur la sortie. La notion échappe à toute définition univoque ou arrêtée. Elle compte plusieurs niveaux de réalités. De plus, en matière de drogue, la polysémie des « mots pour le dire » entretient des confusions qui se reportent sur cette notion de sortie.

Quand on parle de drogues, de toxicomanes, de toxicomanie, de quoi parle-t-on ? De produits illicites ? De médicaments ? De substances psychotropes ? De simples usagers ? De consommateurs dépendants ? De malades ? De délinquants ? D'un fléau ? D'une maladie ? D'une pratique sociale ? D'une expérience ?…

Selon l'angle de vue, les mots n'ont pas le même sens ou ne sont pas conservés. Tels quels, ils empruntent à un imaginaire collectif qui mélange des représentations – et non des théories – médicales, pénales et des stéréotypes de l'usager de drogues. A minima, tous les points de vue convergent pour associer « toxicomanie » et comportements problématiques. Mais selon ce qui se cache derrière les mots, le traitement des problèmes n'est pas défini de la même manière. Les points de vue ne sont pas exclusifs les uns des autres et « les théories qui en découlent ne sont pas forcément contradictoires : elles se situent sur des plans différents » (Coppel, A., 2002, p. 110). Ainsi, les médecins n'ont affaire ni à « la toxicomanie » ni aux usagers de drogues. Ils suivent des patients dépendants ou pharmaco-dépendants. Ils ne sont pas dans une perspective de « sortie ». Ils sont dans le soin et certains ambitionnent une « guérison ». La justice s'attaque à un problème social et réprime le comportement des usagers de

substances illicites. Notre travail ne s'inscrit pas dans ces deux paradigmes. Nous souhaitons comprendre l'expérience de l'individu en traitement. Celui-ci parle bien de sortie. Il est entré en traitement pour « s'en sortir ». Il veut « arrêter » et « passer à autre chose ». Il parle de drogues, de toxicomanes et de toxicomanie. Ce sont donc les mots que nous utiliserons pour analyser son expérience.

La sortie de la toxicomanie n'est pas qu'un « phénomène » multidimensionnel. Elle est un parcours de vie, une affaire d'individu (Chapitre I). On ne peut prétendre en faire le tour sans convoquer le point de vue du « sortant ». Peut-on décréter qu'un individu est sorti ou en voie de sortie au regard d'une réduction de sa consommation de drogues par exemple, mais sans rien savoir de son appréciation de la situation ? Est-ce que les critères de sortie qui nous viennent le plus spontanément à l'esprit sont les siens ? S'estime-t-il sorti parce qu'il prend un produit de substitution et ne consomme plus de drogues ? Pense-t-il que le traitement est efficace parce qu'il lui a permis de retrouver du travail ?

Connaître la sortie telle qu'elle est vécue par les individus a été la motivation essentielle qui a initié notre recherche. De quoi cherchent-ils à se dégager ? Quels sont les enjeux de leur démarche ? Comment s'en emparent-ils ? Quelle place accordent-ils au traitement ?

Il est légitime de penser que les individus sont les premiers à pouvoir fournir une estimation de la sortie par le traitement. Ils en sont les principaux intéressés. De plus, les études sur les traitements qui incluent le point de vue du patient sont tout à fait marginales (Hunt, G., Rosenbaum, M., 1998). Cela a une incidence directe sur les résultats qu'elles ont été en mesure de fournir. Par exemple, Anne Coppel rappelle que « l'amélioration de la qualité de vie n'a pas été étudiée, principalement parce que le point de vue des patients n'a pas été pris en compte, à l'exception de quelques tentatives[3] » (Dale *et al.*, 1992). En dépit des résultats fondamentaux dont on dispose à ce jour, les traitements de substitution restent donc une « boîte noire ». On sait encore trop peu de choses sur les pratiques professionnelles et encore moins sur l'expérience des patients. Le « est-ce que ça marche ? » ne peut être arbitré sans une meilleure connaissance du « comment ça marche ? ». C'est la question que nous privilégions dans notre réflexion. Nous ne chercherons pas à évaluer les interventions professionnelles,

[3] Extrait d'un article rédigé par Anne Coppel sur l'évaluation des traitements à la méthadone et qui n'a pas été publié à notre connaissance.

l'expérience de la sortie concentre notre attention. Dès lors, nous concevrons le cadre thérapeutique comme le contexte dans lequel se déroule le parcours effectué par l'individu.

Parler d'expérience implique de considérer les toxicomanes comme des acteurs sociaux. Il y a là un renversement des perspectives dominantes. Médicales, pénales ou bien issues des représentations communes, les idéologies les plus couramment convoquées au chevet d'une pensée de la toxicomanie s'accordent pour faire du toxicomane un individu hétéro-déterminé. Il serait absurde de nier les déficiences que les individus peuvent hériter de leur trajectoire, tout particulièrement quand ils se sont longtemps et massivement engagés dans la recherche et la consommation de drogues. La dépendance est précisément synonyme d'une perte de contrôle de soi souvent associée à des désordres psychologiques, à l'adoption de conduites délinquantes voire à l'intériorisation d'une image de soi en adéquation avec l'archétype du toxicomane « possédé » que véhiculent les représentations communes. Mais, le malade, le sujet psychologique ou le délinquant forment des définitions partielles voire erronées de l'usager de drogues. Ainsi, située dans le corps ou dans la psyché, l'étiologie médicale de la toxicomanie ne parvient pour autant pas à en unifier les symptômes ou l'évolution[4]. La consommation de drogues est illicite. L'usager est donc de fait un délinquant, il y a là un statut social[5]. Mais si l'on considère la délinquance sur la base de l'ensemble des comportements individuels, alors la définition ne tient pas. On ne peut établir incontestablement un lien de cause à effet entre consommation de produits illicites et activités délinquantes[6]. De plus, on sait que la consommation de drogues ne va pas forcément avec une perte de libre arbitre pas plus qu'elle n'est, à tout coup, synonyme d'exclusion. Il existe des consommateurs « intégrés ». Bon an, mal an, ils accordent leur pratique à leurs engagements dans la vie ordinaire et tout porte à croire

[4] Pour une réflexion sur l'impossibilité d'établir une structure psychique commune aux toxicomanes voir par exemple Bergeret, J, *Toxicomanie et personnalité*, Paris, PUF, 1986.

[5] Rappelons que la loi du 31 Décembre 1970 qui fonde ce statut social a été critiquée dès sa promulgation essentiellement parce qu'elle étend l'interdit à l'usage simple de produit. A propos de l'institution de cette loi voir Bernat De Celis, J., *Drogue consommation interdite, la genèse de la loi du 31 Décembre 1970*, Paris, Montréal, L'Harmattan, « Logiques sociales », 1996.
Rappelons aussi que la notion de « drogues » est largement contestable ne serait-ce que sur la base de la classification des produits rangés ou non dans cette catégorie. Dominant, le critère de dangerosité des substances reste discutable. Voir par exemple Rocques, B., *La dangerosité des drogues,* Paris, Odile Jacob, 1999.

[6] Voir par exemple Brochu, S., Schneebeerger, P., *Drogues et délinquances, regards sur les travaux nord-américains,* Documents du CESAMES, n°9, 2001 et aussi, Barré, MD., « Toxicomanie et délinquance : relations et artefacts », *Déviance et société*, vol 20, n°4, 1996.

qu'ils forment la plupart des usagers de drogues[7]. « Même s'agissant de cas sévères, on s'interroge sur le « chiffre noir » de ceux qui passent à travers le réseau des institutions spécialisées » (Castel, R, 1998, p. 14). L'assujettissement de l'individu au produit ne concerne qu'une frange marginale des toxicomanes. L'évolution de la majorité des trajectoires dans la toxicomanie va vers un arrêt de la consommation de drogues. Il n'est pas de « drogué » au-delà de 35 ans et seule une minorité en meurt[8]. Par ailleurs, l'ensemble des pratiques associées à l'usage de drogues est une activité sociale à part entière. Consommer des produits illicites suppose d'intégrer un monde structuré. « Le « milieu » a ses traditions, ses repères, ses codes et ses règles… souvent impitoyable, (il) exige de ce fait, des capacités aiguës d'adaptation et une vigilance peu commune. » (Castel, R, 1998, p. 17). La toxicomanie n'est pas l'expérience d'une possession. Pour l'individu, elle consiste en l'apprentissage d'une conduite sociale particulière. Consommer des drogues puis persévérer implique l'acquisition sans cesse renouvelée de techniques et de compétences. Cela suppose également une révision permanente des « motifs et intérêts » (Becker, H., 1985) à l'origine de la consommation : l'individu mène une carrière sociale et morale de toxicomane.

Tous ces éléments permettent de tenir les toxicomanes pour des acteurs. La proposition est a priori discutable s'agissant des individus que l'on retrouve en traitement et qui forment notre population d'enquête (Chapitre II). Ils ont basculé dans l'abus de drogues, sont devenus dépendants et ils ont généralement connu des formes extrêmes de déstabilisation psychologique et sociale. Pour autant, leur parcours n'a rien d'une escalade dictée par les seuls effets des produits. Eux aussi ont franchi les étapes d'une carrière de toxicomane (Chapitre III). De plus, ils ne se réduisent pas à leurs handicaps. Nous montrerons qu'ils investissent le traitement sur la base de représentations propres et suivant des logiques d'actions personnelles, extérieures aux « commandements » des intervenants (Chapitre IV).

---

[7] Il existe des études anglo-saxonnes déjà anciennes qui se sont penchées sur les pratiques de ces consommateurs intégrés. En France, ce type de recherche fait désormais partie de la réflexion sur les usages de drogues. Voir, Faugeron, C., Kokoreff, M., *Société avec drogues. Enjeux et limites,* Paris, Editions Erès, 2002. En particulier l'article de Maria Caiata, « Le consommateur intégré : entre adaptation à la réalité et production de la réalité ».

[8] Les estimations les plus dramatiques n'évaluent pas à plus de 10 % le pourcentage de décès directement liés à la consommation d'héroïne. Voir Charpak, Y., Benjamin, F., « Simulation informatique du devenir à 10 ans d'une cohorte d'héroïnomanes en Ile de France », *Revue Epidémiologique de Santé Publique*, 40, 1992.

De part leur nouveauté, les traitements de substitution ne recouvrent pas une offre thérapeutique « monolithique » ou unifiée. Même codifiée, la mise en œuvre du traitement fluctue en fonction des idéologies des intervenants et des interactions avec les patients. D'autant que les orientations et les prescriptions fixées dans les circulaires ministérielles restent relativement générales[9]. Dès lors, il n'existe pas « un » traitement de substitution mais des modèles de traitements, ce qui rend la confrontation avec l'expérience individuelle particulièrement intéressante : varie-t-elle d'un modèle à un autre ? Les individus se retrouvent-ils dans les idéologies défendues par les soignants ? Rencontrent-elles leur définition de la sortie ? (Chapitre V)

L'hypothèse majeure de ce travail consiste à montrer que la sortie de la toxicomanie n'est pas réductible à l'action des instances médicales – ou « hétéro-contrôles ». Elle dépend aussi de « contrôles sociétaux » (Chapitre VI) et « d'auto-contrôles » mis en œuvre par l'individu[10]. Ce sont sur ces régulations autonomes que nous concentrerons notre attention.

Nous avons rencontré des personnes en traitement depuis quelques mois ou plusieurs années, en centre spécialisé ou en médecine de ville. Toutes n'en étaient pas au même moment de leur parcours de sortie. Néanmoins, nous ferons émerger les régularités qui dessinent une expérience commune du traitement (Chapitre VII), et, partant, de la sortie de la toxicomanie (Chapitre VIII).

L'ensemble de notre réflexion est relative au découpage que nous proposons de la notion de sortie. Face à une problématique complexe, sans cesse bousculée par la mouvance des réalités de terrain, les recherches gagnent à être associées dans la production de nouveaux savoirs. En l'absence de théorie générale, nous pensons que la sociologie peut utilement être mise au service de la pensée des drogues. Elle apporte des clés de compréhension essentielle. Notre recherche s'inscrit dans la volonté d'approfondir l'approche sociologique comme moyen de connaissance de la toxicomanie.

---

[9] La réglementation des traitements est présentée dans l'annexe A.

[10] Nous reprenons ici la conceptualisation forgée par Robert Castel, Anne Coppel et alii pour leur étude sur les sorties de la toxicomanie. Les auteurs distinguent des types de contraintes régulant les parcours individuels. Certains émanent des institutions spécialisées – « hétéro-contrôles ». Ce sont ceux qui retiennent généralement l'attention alors que l'entourage et l'environnement social exercent aussi des pressions déterminantes – « contrôles sociétaux ». Et l'individu s'auto-contrôle sans plus de soutien extérieur. Voir *Les sorties de la toxicomanie*, *Types, trajectoires, tonalités*, Rapport MIRE, 1992.

Chapitre I

LA SORTIE DE LA TOXICOMANIE : PERSPECTIVES ET ORIENTATIONS GENERALES

I) Toxicomanes en traitement

I.1) Diversité de la population étudiée

Il est fréquent d'entendre dans la bouche des intervenants en toxicomanie comme dans celle des toxicomanes que l'on « *ne peut pas faire de généralités* », que « *tous les toxicomanes ne peuvent pas être mis dans le même panier »*. Chacun est unique et les histoires de vie sont irréductibles les unes aux autres. Au-delà de leur relative évidence, ces assertions correspondent aux premières impressions consécutives à la rencontre de plusieurs usagers de drogues. Elles confortent aussi la réalité du phénomène puisque « le toxicomane n'existe pas » (Zafiropoulos, M., 1988, p. 98), puisque les pratiques et les usagers esquissent non pas un mais plusieurs « Mondes de la drogue » (Duprez, D., Kokoreff, M., 2000).

Limité aux cénacles des milieux artistiques et médicaux au XIX^{e} siècle, porté par une jeunesse favorisée aux temps de la contre-culture, l'usage de drogues est aujourd'hui dispersé à tous les échelons de la hiérarchie sociale. Certes, les produits, les usages comme les usagers, ventilent autant de mondes irréductibles les uns aux autres. Mais les drogues participent aujourd'hui des conduites les plus ordinaires, c'est-à-dire non usurpées par un groupe social donné. Mieux, aucun groupe ne saurait avoir l'apanage d'un produit, et les modalités de consommation couvrent un espace à géométrie variable selon les individus et les moments plus qu'en fonction de critères sociaux, culturels, ou psychologiques. Les « nouveaux » usagers plutôt jeunes consomment de l'ecstasy mais aussi de l'héroïne entre autres psychotropes[1]. Les « vieux toxicomanes », les toxicomanes dits « à problèmes », selon la formule de l'Observatoire Français des Drogues et des Toxicomanies (OFDT), usent aussi d'une même variété de substances. En 1999, l'OFDT estime le nombre de consommateurs de drogues illicites à plus de 11 millions de personnes. Parmi elles, le nombre de consommateurs de drogues illicites dits « à problèmes » oscille entre 142 000 et 176 000. Les différenciations par classes d'âges ou modalités de consommation, entre autres paramètres retenus par l'épidémiologie, fournissent des cadres de distinction pertinents pour penser « les mondes de la drogue ». Mais l'on ne peut occulter une commune diversité à l'ensemble des pratiques. Cette diversité se retrouve parmi les usagers en traitement, même si ces cadres institutionnels ne recrutent qu'une minorité non représentative de l'ensemble des

[1] Pour une présentation des caractéristiques de ces nouveaux usages voir Rapport Trend, OFDT, Mars 2000. ainsi que « Drogues et toxicomanies Indicateurs et tendances », OFDT, rapport 2002.

consommateurs. Si l'on se penche sur la répartition des toxicomanes suivant les différentes natures de prises en charge, les traitements de substitution représentent 32 % des prises en charge en 1996. Depuis l'introduction de ces traitements en France, une évolution très nette apparaît. La part des sevrages dans l'ensemble des prises en charge a régressé de 30 % à 9 % entre 1993 et 1996, celle des traitements de substitution a progressé de 1,2 % à 32 % sur la même période. Le nombre total d'usagers de drogues sous traitements de substitution a progressé de 18 % entre 1998 et 1999. En 2001, L'OFDT dénombre près de 83 900 usagers en traitements de substitution, tous traitements de substitution confondus Ce nombre n'a cessé d'augmenter depuis 1996 et il se répartit en 74 300 usagers suivis sous subutex en médecine de ville, 9 600 sous méthadone.

Diverses variables épidémiologiques tracent un profil des usagers ayant recours aux institutions sanitaires et sociales et, parmi eux, celles des usagers suivis en traitement de substitution. Rappelons que toutes les données produites restent partielles dans la mesure où il n'existe pas de données caractérisant la population de l'ensemble des consommateurs de drogues et il n'existe « aucun recueil systématique de données sur les personnes mises sous traitement de substitution » (Facy, F., 1998). La constitution d'un échantillon représentatif des toxicomanes ou des individus en traitement en devient impossible. Les caractéristiques épidémiologiques des toxicomanes sont fondamentales pour différencier les pratiques d'usages de drogues et les évolutions en traitement. Mais ces données ne sont jamais totalement fiables ni exhaustives tant les obstacles à la quantification et à la qualification des pratiques et des usagers sont nombreux. Parmi ces obstacles, les plus délicats tiennent aux possibles doubles comptes des personnes recensées, aux réponses partielles voire inexistantes renvoyées par les institutions sollicitées, à la disparité des critères d'évaluations des médecins généralistes ou de celles en vigueur dans les institutions.

Les estimations produites avancent que l'âge des usagers en traitement avoisine les 30 ans avec une légère tendance au vieillissement des consommateurs d'héroïne (principalement) suivis dans les institutions de soin. L'héroïne est la drogue la plus consommée avec une proportion « d'injecteurs » qui tend à diminuer mais qui couvre malgré tout la plus grande partie des personnes suivies en institution, que cette modalité d'ingestion caractérise la consommation passée ou présente. 2/3 d'hommes pour 1/3 de femmes environ, fréquentent ces structures spécialisées. L'état de santé des usagers

compte parmi les variables difficiles à quantifier dans la mesure où nombre d'individus ne connaissent pas leur statut sérologique notamment pour le VIH[2] et le VHC[3], ou bien ne le déclarent pas[4]. Malgré tout, parmi les réponses recensées, 12 à 15 % de l'ensemble des usagers ayant eu recours aux structures sanitaires et sociales sont infectés par le VIH, 52 à 66 % par le VHC. Ces chiffres montent de 15 à 18 % (VIH) et de 62 à 70 % (VHC) pour ceux qui pratiquent ou ont pratiqué l'injection.

La proportion de personnes inactives dépasse les 60 %. Un peu plus de 6 % des personnes qui ont eu recours aux structures sanitaires et sociales étaient dépourvues de couverture sociale en 1997. La proportion de « RMIstes » tend à progresser et avoisine les 27 % (OFDT 1999).

Quelques suivis d'usagers de drogues en traitement en médecine de ville ont été mis en place[5]. Sur un certain nombre de critères, ils montrent que ces usagers présentent sensiblement les mêmes caractéristiques que ceux que l'on retrouve dans les institutions spécialisées. Cela dit, la comparaison ne peut pas vraiment être faite puisque les modes de recueil de l'information ne sont pas les mêmes. Les ¾ de ces usagers en traitement sont des hommes, 45 % ont plus de 30 ans. Leur situation sociale est marquée par un faible niveau d'études et d'activité professionnelle, 51 % n'ont suivi que la scolarité primaire, 49 % sont inactifs. 15 % vivent dans un logement précaire. De ce point de vue, leur situation paraît meilleure que les usagers présents dans des centres spécialisés.

Au-delà des données de cadrage fournis par l'épidémiologie, on ne peut éluder la grande disparité des individus engagés dans un traitement de substitution. C'est le cas des personnes que nous avons rencontrées. Malgré tout, celles-ci se retrouvent sur le type de handicaps hérités de leur trajectoire dans la toxicomanie, même si l'acuité de ces handicaps varie d'une personne à une autre.

---

[2] Virus du sida.
[3] Virus de l'hépatite C.
[4] Ces statuts sont de mieux en mieux connus mais la proportion de statuts inconnus reste élevée : 27 % en 1997.
[5] Etude SPESUB menée par la société EVAL portant sur 1000 patients suivis par 105 médecins généralistes affiliés à des réseaux toxicomanie, SUBTARES, étude rétrospective menée auprès de quatre réseaux de médecins généralistes regroupant au total 71 médecins généralistes de Paris, Bordeaux, Strasbourg et Nice ; Perdriau, JF., Bâcle, F., Lalande, M., Fontaine, A., *Suivi de patients usagers de drogues en médecine générale – Etude prospective de suivi de 95 patients usagers. Approche quantitative,* OFDT, ARES 92, Avril 2001.

I.2) Un ensemble de handicaps

Les difficultés les plus directement posées par la trajectoire de consommation de drogues se déclinent en termes d'intégration sociale. De manière quasi mécanique, la drogue éveille un danger de dégradation tant physique, morale que matérielle. Le spectre de l'exclusion sociale est inévitablement accolé à l'évocation d'un usage abusif de produits. C'est le cas d'un nombre de plus en plus important de personnes si l'on en croit la tendance générale à l'aggravation de l'état sanitaire et des conditions d'existence sociale des toxicomanes depuis plus de vingt ans (Henrion 1995, OFDT, 1999). Cumulant les handicaps, ces individus viennent grossir les rangs de ceux que l'on a pris coutume de qualifier d'exclus. Pour polysémique qu'il soit, le terme recouvre ici les problèmes de santé, de logement, de revenu, de protection entre autres droits fondamentaux privant les individus d'un bien être même minimal.

Conditions d'existence sociale

Prenons un exemple parmi les personnes auprès desquelles nous avons enquêté. Dorothée détient peut-être le record de ce triste palmarès. Frêle et de petite taille, sa gracilité accroît le choc provoqué par ses conditions d'existence. Les éclats de violence auxquels elle cède parfois n'en sont que plus déconcertants. Frappés par la rage contenue dans ses accès de colère, dupés par son apparence vestimentaire et pétris de stéréotypes, nous lui avions taillé une histoire sur mesure avant même de parler avec elle. L'élégance de son vocabulaire tout comme la pertinence de ses réflexions ne nous en ont que plus déroutés. A l'écouter, nous avons eu l'impression de côtoyer la grande misère contemporaine. Dorothée est séropositive depuis plusieurs années, victime de violences conjugales elle a quitté son compagnon pour trouver refuge dans des hôtels. Elle dort parfois dehors parce que les pensions qui acceptent les chiens ne sont pas légion. Or, elle ne saurait se séparer de « Sony ». La situation de Dorothée la range parmi les exclus. Pourtant, elle a un niveau d'études supérieures et a travaillé comme éducatrice spécialisée par le passé. Aujourd'hui, elle vit de prestations sociales depuis plusieurs années. Pour elle, comme pour d'autres, évoquer en entretien des démarches d'insertion en devient offensant. Le sujet provoque des propos haineux ou des pleurs. Malgré ses accents quelque peu misérabilistes, ce bref tableau ne dit pourtant pas grand chose de l'ampleur de la misère sociale et affective de Dorothée.

Si tant est que l'on puisse établir des catégories, les délinquants peuvent également être rangés parmi ces toxicomanes en proie à une « improbable » intégration sociale. Consommer des drogues implique de réunir quotidiennement une somme d'argent parfois impressionnante que certains se procurent à partir de vols ou de trafics. L'énergie déployée et l'habilité nécessaire à l'évolution dans un mode de vie hautement risqué se traduisent en tranches de vie pour le moins peu ordinaires. L'argent est le maître mot du récit d'Hervé. Il discourt pendant près de deux heures sur les sommes passées entre ses mains, sur les quantités de produit qu'il faisait circuler tout au long d'une trajectoire placée sous le signe de la mobilité. Reconnu par ses pairs pour ses qualités en matière de trafic, particulièrement apprécié pour sa rapidité à « dégainer »[6], il a quitté le monde de la délinquance et débuté un traitement à la suite d'un accident qui l'a privé de l'usage de son bras droit. Il se destine aujourd'hui à une activité commerciale. Les aptitudes développées lors de ses activités passées lui assurent des compétences parfaitement adaptées à sa profession de vendeur ! Le parcours d'Hervé fait pourtant figure d'exception. Rares sont les « reconversions » ne serait-ce que parce que les conduites délinquantes sont sanctionnées de nombreux séjours en milieu carcéral. Les quelques personnes rencontrées qui se sont investies dans la grande délinquance se retrouvent *« très bas après être monté très haut»* pour reprendre l'expression utilisée par Renaud lors d'un entretien. Celui-ci a « *d'abord été délinquant »*. Il a gagné de l'argent « *très vite et beaucoup. »* Il estime que c'est ce qui lui a fait prendre de la drogue. Pendant plusieurs années, sa situation financière lui permettait de *« vivre dans des hôtels à 2000 francs la chambre par jour, d'aller au festival de Cannes. »* Après, il est *« descendu très vite très bas. »*

Sur l'ensemble des personnes interviewées ou croisées tout au long de notre recherche, seule une infime minorité, quatre tout au plus, a occupé un statut élevé dans la hiérarchie délinquante. Le quotidien des toxicomanes délinquants se déroule plus sûrement en menus larcins réalisés au coup par coup. Christophe explique *« qu'il n'y a pas de plan. C'est l'occasion qui fait le larron. »* Il lui est arrivé de *« piquer une voiture* » parce qu'il y avait les clés dedans : « *si les clés n'avaient pas été dedans je n'aurais pas fait la voiture... Je ne me serais sans doute pas fait arrêter. »*

[6] À comprendre au sens propre, puisque Hervé était reconnu pour son habileté dans l'usage d'un revolver.

Il n'empêche, petit ou grand, le « *business* » requiert une activité soutenue. Même cantonnée dans « le petit », l'activité délinquante laisse des traces, blanches sur le curriculum vitae, indélébiles dans le regard d'autrui. Cela handicape le retour dans des conditions de vie ordinaires.

Si la petite ou grande délinquance et son lot d'incarcérations s'avèrent courantes, le maintien d'activités professionnelles n'en est pas moins fréquent. L'insertion professionnelle entre peut-être moins souvent qu'on ne le croit en contradiction avec un usage important de produits. Près de la moitié des personnes rencontrées ont exercé une ou plusieurs professions de manière continue ou intermittente pendant toute la durée de leur intoxication[7]. Une fois ex-toxicomane, ce n'est donc pas tant leur inadaptation au marché du travail qui fait barrage à leur intégration que leur âge, leur état de santé, ou la précarité de leur(s) profession(s) passées.

« Repartir à zéro »

Plus que l'arrêt de la consommation de drogues, le changement de mode de vie qui l'accompagne est souvent vécu dans l'hébétude, comme on se réveille d'un mauvais sommeil. L'énergie nécessaire à ce qui apparaît comme un nouveau départ dans la vie fait donc souvent défaut. On ne saurait sous estimer l'envergure de la difficulté de ce « nouveau départ ». Il fait parfois suite à près de vingt ans de vie avec des drogues. C'est le cas de Marine. Du haut de ses 38 ans, elle a le sentiment « *d'approcher de la retraite et de sortir du bac* ».

> *« J'ai fait des choses dans le passé heureusement. Mais j'ai pas envie à 38 ans d'arrêter ma vie, de rester là, à attendre le RMI, sans trop d'envie. J'ai envie de bouger. Alors d'un côté, j'ai pas envie de travailler comme j'ai travaillé ces dernières années. C'est-à-dire en faisant des petits boulots parce que je ne trouvais rien d'autre et qu'il fallait des sous. Maintenant, j'ai l'impression d'avoir fini une vie et peut-être d'avoir l'opportunité d'en commencer une autre. Mais j'ai pas envie de me lancer dans l'interim (Marine). »*

Le réveil est parfois d'autant plus sévère qu'il brise une image de soi faite d'ambitions désormais hors de portée. Pierre a ainsi longtemps travaillé à l'étranger

[7]Cette remarque n'a pas valeur de réalité statistique d'autant que les patients de centre de substitution présentent, dans l'ensemble, un profil socioprofessionnel moins précaire que les usagers suivis en post-cure par exemple.

dans un poste à responsabilité. Particulièrement curieux, il nourrit un intérêt pour les sciences d'un côté, pour le commerce international de l'autre. Ses aspirations le portent notamment vers l'enseignement mais son âge (40 ans), les revers causés par son parcours d'usager et une hépatite C cumulés, l'assignent à la COTOREP[8] à résidence. Il n'avait pas une vie « *mirifique* » mais *« un peu meilleure que celle dans laquelle il est. »* Alors qu'il a fait « *des choses intéressantes* » : vivre à l'étranger avec un train de vie » *assez bien* », côtoyer des artistes, des hommes d'affaires, il se retrouve « *beaucoup plus bas qu'il ne l'a été, dans un HLM à attendre la fin du mois pour avoir le RMI, sans beaucoup d'espoir pour sortir de cette condition. »*

Parfois, la brutalité du changement seule suffit à plonger l'individu dans une inertie déprimée. Ainsi de Véronique dont les ressources sociales permettraient pourtant de parier sur un prompt rétablissement. Grande consommatrice de cocaïne qu'elle a souvent couplée avec des opiacés, Véronique a mené de front son activité professionnelle et sa passion pour la musique partagée avec son compagnon. Physiquement épargnée, entourée de sa famille, elle demeure enfermée dans une piètre image d'elle-même qui confine à la neurasthénie. C'est que, après plusieurs années de vie commune, son ami l'a quittée en lui reprochant son excentricité liée à l'usage de drogues.

> *« J'ai commencé à faire des congés maladie... Congé maladie, congé maladie et, j'ai arrêté, tout balancé. Je ne sais pas… J'ai tout largué tout envoyé chier : je ne payais rien, je ne foutais rien. Je me suis retrouvée avec deux ans d'arriérés et puis je m'en foutais mais alors ! Alors que je n'ai jamais été comme ça je ne sais pas pourquoi... Enfin je sais pourquoi. J'habitais avec un garçon qui m'a laissée tomber et… Ça s'est passé d'une façon que je trouve indigne parce que je peux comprendre qu'on n'aime plus quelqu'un. Mais quand on vit avec quelqu'un depuis 7 ans ou 5 ans, il se crée quelque chose... Autre chose que... La baise ou… Je sais pas c'est des trucs plus profonds. Mais là je me suis trompée sur toute la ligne... Donc ça, ça m'a vraiment fichu un coup. Je ne m'en suis toujours pas relevée d'ailleurs, et je crois que je ne m'en relèverai jamais apparemment (Véronique). »*

[8] Commission Technique, d'Organisation et de Reclassement Professionnel. Cette commission composée de représentants de divers organismes (DASS, Conseil Général, Sécurité Sociale, ANPE, médecine du travail, associations) statue sur les demandes relatives au handicap.

Les personnes que nous avons rencontrées partagent l'expérience d'une toxicomanie suffisamment « lourde » à leurs yeux pour qu'elle ait déclenché une entrée en traitement. Les handicaps ou dispositions signalées sont de la même nature pour tous les individus mais tous n'étaient pas au même stade de restauration de leur situation au moment de l'entretien. En particulier, la situation sociale des uns témoignait d'un niveau d'intégration tout à fait satisfaisant ou ordinaire, là où d'autres manquaient de ce que l'on peut considérer comme un minimum vital : activité professionnelle ou bon niveau de qualification et vie de famille pour les uns, ni logement, ni protection sociale, faible niveau de qualification, peu ou pas de contacts familiaux pour les autres. De plus, certains ne consommaient plus de drogues et tenaient a priori la tentation à distance. D'autres continuaient à consommer ou évoquaient de grandes difficultés à ne pas le faire[9].

I.3) Abstinents et non abstinents

A première vue, on peut distinguer les individus selon la distance prise par rapport à l'usage de drogues. Certains s'abstiennent sans trop de difficultés, d'autres se disent fragiles ou continuent de consommer[10]. La distinction s'arrête là dans la mesure où les premiers comme les seconds peuvent être dans les mêmes difficultés psychologiques, morales ou somatiques. Peut-on néanmoins rendre compte de la distinction entre individus a priori abstinents et individus non encore abstinents au moyen de quelques indicateurs de différenciation ?

Est-ce que le niveau de ressources sociales favorise l'évolution en traitement ? Est-ce que le caractère plus ou moins « lourd » de la toxicomanie discrimine définitivement les « gros consommateurs »[11] ? Est-ce que le cadre thérapeutique, centre

[9] Il est difficile de statuer sur la stabilité de l'abstinence (ou distance prise par rapport à la consommation de drogues), sachant que la stabilité obtenue à un moment donnée est fragile et que l'individu n'est pas à l'abri d'une « rechute ». Il n'empêche l'abstinence est l'issue que la grande majorité des individus connaîtra à plus ou moins long terme. De ce point de vue rien n'empêche de considérer que la fragilité des individus rencontrés, au moment de l'entretien, les différencie des autres au même moment nécessairement ponctuel.

[10] Sur les 63 personnes rencontrées 32 étaient *a priori* abstinents, 23 continuaient de consommer des drogues plus ou moins abondamment ou fréquemment, 8 étaient plus clairement en voie d'abstinence.

[11] Il est difficile de statuer sur le caractère modéré ou lourd de la toxicomanie tant les incidences de la consommation de drogues varient d'un individu à un autre. Cela dit, nous mesurons la « lourdeur » relative de la toxicomanie au temps de la trajectoire (plusieurs années à fréquence et niveau élevé versus quelques années à fréquence irrégulière et niveau moins élevé) et à la modalité de la consommation (shoot versus sniff).
Dans notre échantillon, très peu d'individus présentent une toxicomanie « modérée », essentiellement parce que le temps de consommation s'élève à de nombreuses années pour la plupart, le shoot étant la modalité de consommation dominante.

ou médecine de ville, établit une hiérarchisation indivisible entre ceux qui ont de bonnes chances de renoncer aux drogues et les autres ?

Pour légitimes qu'elles soient, il n'est pas possible d'apporter à ces questions de réponse pleinement satisfaisante en raison de l'impossibilité de travailler sur la base d'un échantillon représentatif[12]. Un traitement quantitatif nécessairement partiel reste heuristique mais ce n'est pas le propos de notre travail. Nous ne pouvons avancer quelque affirmation que ce soit concernant l'influence de ces variables sur la situation individuelle. Cela dit, il est possible de distinguer par observation des patients *a priori* abstinents ou non abstinents. On peut donc se demander si un lien entre ces deux figures apparentes de patients et les variables citées se donne à voir tout aussi clairement.

Les personnes rencontrées sont pour partie suivies en médecine de ville, pour partie, en centre méthadone. Elles ne forment pour autant pas deux groupes distincts sur la base de critères socioculturels particuliers ou bien sur le caractère plus ou moins « lourd » de leur toxicomanie. Elles se retrouvent de manière aléatoire parmi ceux qui paraissent à première vue abstinents ou non abstinents. Sans en conclure que les individus ont choisi au hasard l'une ou l'autre des modalités de traitement, sans prétendre non plus que l'une comme l'autre présente une efficacité analogue pour l'ensemble des patients, il semble que le type de traitement ne constitue pas un facteur suffisant pour différencier ceux qui apparaissent relativement dégagés ou instables à première vue. En tout cas, du point de vue des individus, le cadre du traitement n'est pas l'élément le plus significatif pour définir leur situation. Déjà, ce cadre ne repose pas toujours sur un choix personnel. En particulier, les patients ayant débuté le traitement avant 1996, n'ont pas eu le choix entre la méthadone et le subutex dans la mesure où ce produit ne disposait pas encore d'Autorisation de Mise sur le Marché (AMM). Cet effet de contexte pèse également sur la représentation individuelle des produits et sur la valorisation de l'un ou l'autre des traitements. Avant 1996, la désirabilité de la méthadone était particulièrement élevée tant ce produit passait pour être « le » traitement de substitution. A l'inverse, nombreux sont les patients suivis depuis peu qui critiquent la lourdeur du traitement méthadone en centre. Les institutions ne seraient désignées que pour les toxicomanes « lourds ». Par contraste, ces individus valorisent la

[12] Pour la prudence de rigueur concernant l'ensemble des chiffres qui sont avancés en matière de drogues et toxicomanies voir Padieu, R., *L'information statistique sur les drogues et les toxicomanies,* Rapport de la Délégation Générale à la Lutte contre la Drogue et la Toxicomanie, La Documentation Française, 1992.

délivrance de subutex en ville[13]. L'argument avancé a sa pertinence et il influence le choix de certains. Cela dit, les patients suivis en centre ou en médecine de ville critiquent ou encensent les contraintes du traitement. Les propos mettant en relief l'importance, la lourdeur, ou l'intérêt du « cadre » thérapeutique se retrouvent de manière indifférenciée chez les patients suivis en ambulatoire et chez ceux qui sont suivis dans un centre. Cette dimension ne tient donc pas au caractère institutionnalisé du traitement.

Aujourd'hui, c'est la prescription de subutex en médecine de ville qui passe pour être « le » traitement de substitution. Dans les représentations, la méthadone et les institutions spécialisées s'en trouvent discriminées : prises en charges « lourdes » pour des « cas lourds ». Ce sont les arguments repris par les personnes suivies en ville. Mais les patients méthadone neutralisent cette distinction en soulignant le laxisme ou le débordement des médecins généralistes propices à tous les détournements ; manière de mettre en avant la supériorité du traitement qu'ils suivent. Tous les individus valorisent le produit et la modalité thérapeutique par une rationalisation a posteriori. Ils exposent leur préférence du produit qu'ils prennent contrairement à l'autre, ou l'intérêt du cadre de traitement qu'ils suivent comparé à l'autre. Pourtant, ce ne sont pas les caractéristiques de l'une ou l'autre des modalités thérapeutiques qui ont emporté leur décision. Leurs propos signalent donc une appropriation active du statut de patient. Les individus ne peuvent pas être différenciés de l'extérieur en fonction du produit qu'ils ingèrent. En revanche, eux, cherchent à être distingués d'une masse indifférenciée de « toxicos » en insistant sur l'intérêt « du » produit qu'ils prennent.

Si le type de traitement ne permet pas de trancher entre les patients *a priori* abstinents ou non abstinents, peut-on ramener cette différenciation au niveau de ressources sociales des individus ? On peut raisonnablement penser que les chances ou capacités individuelles à retrouver un mode de vie alternatif sont corrélées au niveau de ressources présentes et maintenues pendant la toxicomanie. La possibilité de contrôler la consommation de drogues ou bien de revenir à un usage occasionnel après une période d'abus est très souvent favorisée par la permanence des soutiens offerts par la vie conventionnelle, travail, famille, amis (Ehrenberg, A., 1995, p. 131). Une telle

[13] La méthadone peut aussi être prescrite en ville mais le traitement est toujours débuté en centre ce qui n'est pas le cas pour le subutex.

corrélation ne va pourtant pas de soi[14]. En tout cas, les ressources sociales ne jouent de manière ni évidente ni spontanée.

Charlotte et Myriam disposent d'un niveau de ressources équivalent. L'une et l'autre sont en traitement depuis quelques mois. *A priori*, ces deux indicateurs favorisent l'abstinence. Les deux jeunes femmes seraient également plus protégées d'une rechute que d'autres. Pourtant, Charlotte a cessé toute consommation de produit alors que Myriam se dit « *perdue* » et démunie à la suite d'une reprise de drogues. Un élément non négligeable distingue toutefois ces deux jeunes femmes : Charlotte a toujours refusé les injections ; Myriam s'est injecté pendant deux ans de l'héroïne parfois couplée avec de la cocaïne.

Peut-on alors considérer que, plus que les ressources sociales, le caractère plus ou moins « lourd » de la toxicomanie discrimine les « gros consommateurs » ? Là non plus, le lien de causalité ne peut être avancé sans plus de réflexion. Benoît a consommé de l'héroïne pendant plus de dix ans en intraveineuse. L'absence de qualification ne l'a pas empêché de travailler par le passé. Mais à 38 ans, au chômage, il va de déconvenue en déconvenue dans ses recherches d'emploi. Déprimé à force de solitude quotidienne, inquiet à l'idée de parler de son passé à des inconnus, il peine à nouer de nouvelles amitiés. Il refuse également de révéler son traitement à sa famille peu présente à ses côtés. Malgré tout, il est soulagé de ne plus consommer de drogues et veille à garder chaque mois suffisamment d'argent pour « *au moins payer son loyer*. » Il a un « *chez lui* », et même si « *les fins de mois il n'a parfois rien à manger »,* il s'estime *« privilégié par rapport à d'autres gars qui ne sont pas dans le même cas que lui, qui n'ont pas d'appartement, qui vivent dans la rue, qui n'ont pas de papiers. »*

A considérer la situation de ces trois patients, il semble que la lourdeur de la toxicomanie n'influence pas forcément l'accès plus ou moins rapide à l'abstinence[15]. Cela dit, Charlotte et Myriam sont en traitement depuis très peu de temps. Or, la durée

[14] Ceci nous a d'ailleurs été notifié par la directrice d'un des centres de l'enquête. Elle nous a dit « fonctionner » sur cet « *a priori* » et en conséquence proposer rapidement un suivi en ville pour les patients relativement bien insérés. Elle a d'emblée ajouté que cet *a priori* pouvait être contredit par les réalités de terrain, les patients bien insérés ne montrant pas forcément d'aptitude plus grande à atteindre l'abstinence.

[15] Inversement on peut précisément considérer que ce paramètre joue plutôt favorablement dans la mesure où la durée du parcours dans la toxicomanie « aide » le toxicomane à voir s'épuiser l'appétence pour les drogues. Ceci est directement lié à la maturation de la toxicomanie. Elle conduit à un arrêt de la consommation.

du traitement joue fortement sur la stabilisation des patients[16]. Le faible temps de traitement de ces deux jeunes femmes masque donc peut-être l'influence de leur parcours de consommation de drogues. Rien n'est moins évident si l'on se penche sur l'expérience de Judith et de Véronique. A niveau de ressources relativement élevé, toxicomanie plutôt « lourde » et après plusieurs années de traitement, Judith et Véronique ne se retrouvent pas au même stade de dégagement. L'une affiche une solide assurance face à l'abstinence conquise depuis près de 3 ans, l'autre s'enlise peu à peu dans une déprime qu'elle tente de bousculer en consommant une quantité importante d'amphétamines.

Au total, l'ensemble des personnes rencontrées se trouvent dans des situations fortement différenciées quel que soit le cadre de traitement qu'elles suivent. Pour frustes qu'ils soient, les indicateurs macro-sociologiques mentionnés n'éclairent pas la situation des individus dans leur processus de sortie de la toxicomanie. Certes, toute réflexion sur la notion de sortie de la toxicomanie ne peut faire l'économie d'une enquête portant sur de grands effectifs. Mais, au regard du caractère partiel de ce type d'investigation, l'approche qualitative de la question s'impose clairement.

[16] Elément attesté par les études d'évaluation des traitements présentées en annexes.

II) La sortie en questions

Tout à l'heure, je parlais du mot abstinent,
il n'y a pas d'anciens toxicomanes
il n'a que des toxicomanes abstinents.
Tu es toxicomane, tu le seras toujours.
Charlotte

Bien sûr que je suis encore toxicomane,
sinon je ne prendrais plus le Subutex.
Si j'étais persuadé que je ne suis plus toxicomane,
je ne me ferais pas chier à prendre du subutex en plus.
William

Pour évidente qu'elle paraisse à première vue, la notion de sortie de la toxicomanie n'en est pas moins tout à fait insaisissable. Comme pour la toxicomanie, sa définition pose question. A partir de quels critères peut-on décréter qu'un individu est sorti ? Doit-on considérer comme sorti, un individu devenu abstinent ? Celui qui parvient à gérer sa consommation après en avoir perdu la maîtrise, n'est-il pas sorti ? Est-ce qu'un individu engagé dans une institution visant le contrôle de sa consommation et la cessation de sa pratique est sorti ? Que dire des individus qui abandonnent leur consommation de drogues sans recourir à une aide institutionnelle ?

Ces interrogations montrent que l'on ne peut pas questionner la sortie de la toxicomanie à partir d'un seul critère. Celui de l'abstinence de drogues en particulier et même si ce critère est à première vue déterminant. Actuellement, c'est une approche médicale de la toxicomanie qui domine. On parle de dépendance et celle-ci est définie comme une maladie chronique[17]. Dès lors, la « sortie » est bien donnée par l'abstinence de drogues et le traitement de la dépendance consiste à obtenir une stabilisation des individus dans le traitement. Pour l'individu, l'abstinence de drogues est une donnée fondamentale. Mais sortir ce n'est pas seulement cesser de consommer des drogues. Tous les toxicomanes qui arrêtent de consommer quittent simultanément un mode de vie qui compte la recherche de drogues, l'accumulation de revenus permettant l'acquisition des produits. Ils abandonnent aussi les relations nouées si ce n'est avec la totalité des autres usagers, en tout cas avec les vendeurs. A côté de ces dimensions concrètes, la toxicomanie est également synonyme de l'intériorisation d'une identité

[17] Ceci ne concerne que les usagers qui sont devenus dépendants des drogues.

sociale particulière. L'interruption de la consommation ouvre donc simultanément un processus de reconstruction personnelle et sociale.

Vivre le changement

Les individus que nous avons rencontrés sont installés dans une situation significative en premier lieu par son caractère transitoire. Déjà, leur inscription dans le traitement signifie qu'ils sont en cours de dégagement de leur toxicomanie. En train de « *s'en sortir* », ils ont besoin d'un produit, de soins, d'assistance. Très pratiquement, l'expérience de consommation de drogues n'est donc pas encore reléguée dans le passé. La toxicomanie participe toujours du présent. Ne serait-ce qu'au titre de référence à partir de laquelle l'individu comme son entourage mesurent les changements qui sont en cours. Le traitement suivi a aussi valeur de marquage social. De ce point de vue, il entre en contradiction avec le désir de sortie.

> *« J'ai pas envie d'être ça. J'ai pas envie qu'on me rapporte à ça, à la toxicomanie. Mais de toute manière tant que je serai dans le centre je serai toujours lié à ça. Dès que tu viens dans un centre de toute manière c'est que t'as un problème de toxicomanie (Matthieu). »*

Cette ambivalence se reporte nécessairement sur les relations que l'individu entretient avec ses proches. Elle affecte également la perception qu'il a de lui-même.

L'instabilité est une caractéristique dominante de la situation individuelle. Elle est source de tensions. Vivre le changement constitue en soi une difficulté. « Tout changement est générateur de « petites crises » : il nécessite un « travail sur soi », une modification de certaines habitudes, une perturbations des routines antérieures. Il faut apprendre à nouveau, parfois repartir de zéro » (Dubar, C., 2000, p. 166). A cela s'ajoute la nature particulière de la transition dans laquelle s'inscrivent les individus. De leur point de vue, la toxicomanie peut être conçue comme un bouleversement de l'existence. Les difficultés individuelles au moment de la sortie prennent les traits d'une véritable épreuve sociale et subjective. Il est donc nécessaire de chercher à délier les diverses dimensions constitutives de cette épreuve ainsi que les réponses élaborées par l'individu à ces tensions. C'est la trame que nous poursuivrons dans l'ensemble de notre travail. Le thème de la sortie de la toxicomanie implique une réflexion sur la gestion d'un processus de changement.

L'intégralité des propos recueillis forme un discours autour de cette épreuve. Le jeu de va et vient incessant entre distanciation et proximité de la toxicomanie est certainement le plus frappant. Comme si l'usage de drogues constituait un noyau à partir duquel l'individu réalise des allers et retours, duquel il cherche à se détacher. L'acuité de la toxicomanie est tout aussi vive que le travail de mise à distance effectué par l'individu. Des semaines, mois ou années d'abstinence de drogues ne permettent pas de rompre totalement avec la toxicomanie. Ce que l'on appelle la sortie désigne donc d'abord tout le travail de gestion requis par le bouleversement d'un mode de vie passé.

Construire une nouvelle identité

Plus généralement, l'expérience de sortie de la toxicomanie engage un travail de construction ou de reconstruction de soi. La toxicomanie bouleverse le mode de vie individuel mais elle est aussi bouleversement subjectif. Le toxicomane n'est pas seulement tenu ou pris dans un processus continu de réorganisation de ses conduites, dans une tension induite par la dépendance et les contraintes sociales auxquelles il est confronté. La toxicomanie peut être définie aussi comme un processus d'identification au statut de toxicomane et aux constructions sociales qui lui sont associées. Pour les personnes que nous avons rencontrées, elle est devenue une « ligne biographique [18]» dominante. La recherche et la consommation de drogues ont fini par condenser l'essentiel du mode de vie et l'individu de s'identifier massivement à cet usager en quête ou sous l'effet d'un produit. Nous développerons les processus par lesquels l'individu en vient à se signifier et à être identifié essentiellement à partir de son identité sociale de toxicomane. Mais nous soutiendrons que cette identification ne se poursuit pas jusqu'à son terme. Elle affecte lourdement la subjectivité individuelle, elle doit être « cassée » ou dépassée au cours du processus de sortie. Mais elle ne se solde pas par une disparition ou mort du sujet. Si l'on considère que le toxicomane disparaît avec et en lui-même, ou par écrasement sous les contraintes liées à son statut, alors il n'y a aucune raison pour qu'il sorte de la toxicomanie. Or, la décision d'entrer en traitement, (ou l'arrêt par abstinence d'autres toxicomanes), les efforts consentis pour sortir d'un mode de vie, ne deviennent intelligibles qu'à partir du moment où l'on gratifie le toxicomane

[18]Cette notion entend qualifier la suite d'événements que l'on peut rattacher à l'une des formes d'engagement qu'un individu contracte dans les détours de son existence. Voir, Ogien, A., *Le raisonnement psychiatrique*, Paris, Méridiens-Klincksieck, 1989, p.81.

d'une parcelle de subjectivité. Le toxicomane ne peut être « pur statut » ou simple jouet du produit. Il ne saurait exister sans une forme basique de consentement au monde, il ne peut se couper totalement de la relation à autrui.

En revanche, il traverse une épreuve subjective qui transforme le rapport à soi et la relation à autrui. Et l'enjeu de la sortie consiste à restaurer ses capacités de se faire sujet de son rapport à soi, à l'autre, au monde. Ainsi entendue, l'épreuve de sortie invite à une interrogation sur les formes de l'institution de soi, c'est-à-dire aussi une réflexion sur le sujet.

Peut-on parler de sujet ?

Cette interrogation générale est rien moins qu'évidente concernant des individus que l'on tient généralement pour des antonymes du sujet et en référence à une expérience massivement conçue comme une expérience de dé-subjectivation, destruction ou dissolution du sujet sous l'effet de la drogue, par absorption dans la sensation du produit ou sous le poids des contraintes inhérentes à la pratique. L'anthropologie moderne avance que, in fine, la toxicomanie aboutit à une forme de dissolution du sujet dans une passion purement privée. La toxicomanie radicaliserait l'idéal d'indépendance propre à la modernité pour finalement le voir se retourner en son contraire, c'est-à-dire une aliénation à soi synonyme de mort du sujet (Fatela, J., 1991). Elle est aussi une recherche frénétique de plaisir. Epris de liberté et de plaisir au point de vouloir s'élever au-dessus de toute forme de lien social, le toxicomane s'enfermerait dans « un épouvantable mariage de l'individu avec lui même » selon l'expression de Baudelaire. Là réside toute l'ambivalence de la consommation de drogues. Le toxicomane est en quête de plaisir et il finit par ne plus en trouver. C'est bien parce qu'il cherche à s'instituer comme être libre et autonome qu'il participe de la condition de l'homme moderne. Mais c'est précisément aussi parce qu'il exerce cette souveraineté de manière excessive qu'il se coupe de ses semblables et s'abolit dans une fusion avec lui-même. La dissolution du sujet marquerait donc le seuil d'une expérience commandée par le plaisir et par laquelle le toxicomane a voulu se faire sujet idéal. L'institution de soi n'entre-t-elle pas d'emblée en contradiction avec les pratiques d'autodestruction mises en œuvre par les toxicomanes ?

Une première réponse à cette question nous est donnée par une réalité de terrain : la grande majorité des toxicomanes abandonne la consommation de drogues. La

réversibilité de l'usage de drogues compte parmi les acquis des recherches sociologiques et ethnologiques (Ehrenberg, A., 1992, p. 27). Les toxicomanes cessent presque totalement d'être recensés autour de l'âge de 35 ans (Facy, F., Laurent, F., 1992) et ce, non pas parce qu'ils auraient physiquement disparu puisque les estimations les plus dramatiques n'évaluent pas à plus de 10 % la mortalité directement liée à l'usage de drogues (Ogien, A., 1995, p. 147)[19]. Les toxicomanes ne s'absorbent pas dans la dépendance, ils renoncent à la consommation de drogues. Certes, certains parcours individuels peuvent être lus comme un processus d'enfermement qui court-circuite jusqu'à l'expérience physique de rapport au monde, aux autres et à soi. En ce sens, la dépendance peut être ramenée à un état plus qu'à une expérience. Nicolas que nous avons rencontré, associe cette perte de relation à une forme de mort. Mais les toxicomanes ne s'installent pas dans cet « état ». Il correspond à une étape de leur parcours.

> *« Il y a l'héroïne et c'est tout. Le reste n'existe pas... Ça c'est grave déjà en soi que la vie ne se résume qu'à une chose. Et puis, naturellement, ça devient destructeur. Et ça tu le vois dans ton rapport avec les autres parce que ça passe au second plan… Et le problème de la dépendance à l'héroïne, c'est que tout va passer au second plan... La vie de ton meilleur pote, ça finira par passer au second plan et même l'amour ou… Tout passe derrière. Quand tu te coupes des autres, je crois que c'est le début de la fin. C'est aussi ça la mort… On vit aussi parce qu'on est entouré des autres (Nicolas). »*

Les toxicomanes ne « respirent » pas le plaisir. L'apparence physique ou les récits de vie portent à croire que les « plus lourds » parmi tous les toxicomanes ne sont plus en mesure d'éprouver les plaisirs physiques les plus basiques : nourriture, plaisir sexuel, émotions... Il semble que le toxicomane s'installe dans un rapport à soi qui fait peu à peu l'économie de l'autre et ne transite plus que par la sensation du produit. Mais le renoncement aux drogues signale une résistance du sujet à la mort physique ou psychique qui se profile. L'individu réagit et s'engage dans un processus de sortie. Nous entendrons par sujet « le désir d'être un individu, de créer une histoire

[19] Voir aussi Charpak, Y., Benjamin, F., « Simulation informatique du devenir à 10 ans d'une cohorte d'héroïnomanes en Ile-de-France », *Revue Epidémiologique de Santé Publique*, 40, 1992. Les auteurs y modélisent une cohorte fictive d'héroïnomanes et évaluent à 10 % le nombre de toxicomanes morts en 10 ans.

personnelle, de donner un sens à l'ensemble des expériences de la vie individuelle. Vivre *sa* vie, trouver en elle une référence qui éclaire les comportements particuliers plus que l'appartenance à une catégorie sociale ou à une communauté. » (Touraine, A., 1995, p. 29).

La dimension subjective de la toxicomanie comme de la sortie n'éclipse pour autant pas celle, dominante et souvent écrasante, qui fait du toxicomane un individu pris dans une identité sociale qui le soumet à sa logique propre. Les épreuves liées à la sortie peuvent donc être envisagées sous l'angle de la restauration de l'autonomie individuelle, sous l'angle de la fin d'une carrière de toxicomane mais aussi sous l'angle d'un engagement personnel de l'individu dans un processus de changement. L'individu prend appui sur les fragments de subjectivité qui le constituent encore pour amorcer une sortie qui sera nécessairement et dans le même temps la conquête de l'abstinence de tout produit, le détachement d'une identité sociale, la construction d'une autre identité sociale et personnelle et la reconstruction de sa subjectivité.

Ces épreuves forment les contours de la situation des individus que nous avons rencontrés, sans pour autant se manifester à l'identique ou avec la même acuité pour chaque personne rencontrée. Néanmoins, on peut, avec Dubar, qualifier cette situation individuelle de « crise identitaire », soit ce moment de « perturbations de relations relativement stabilisées entre des éléments structurant l'activité » qui est ici une activité d'identification c'est-à-dire de catégorisation des autres et de soi-même (Dubar, C., 2000, p. 10).

Les épreuves de la sortie

La consommation de drogues est devenue un facteur d'identité dominant qui écrase la subjectivité. En particulier parce que le toxicomane finit par être dépossédé de son corps. La sortie sera donc restauration d'un « souci de soi ». Le toxicomane doit retrouver une dignité en prenant soin de son corps. Consommer des drogues ou finir par dire « je suis toxicomane » revient à installer une pratique en lieu et place de l'espace d'identité pour soi. De ce point de vue, la conquête de l'abstinence signifie l'ouverture de cet espace d'identité que l'individu devra reconstruire. En plus du renoncement à la consommation de toutes drogues, l'individu doit mener un travail de distanciation d'avec les constructions sociales de la toxicomanie auxquelles il s'est fortement identifié et qui continuent de lui être attribuées. L'identité de toxicomane cristallise le

rapport de l'individu à lui-même, ce qui affecte la relation à soi. Cette identité vient également s'interposer entre lui et les autres. L'individu doit se livrer à une activité de contre-stigmatisation jamais véritablement aboutie puisque lui-même éprouve des difficultés à « positiver » une expérience qu'il vit dans la honte et qu'autrui lui rappelle dans le mépris. A cette activité défensive visant le détachement de l'identité sociale de toxicomane, l'individu doit pouvoir associer une démarche active, positive, d'affirmation personnelle. Il lui faut bâtir puis revendiquer un nouveau soi, un « Je » défini par soi-même. Cette activité de reconstruction personnelle est impulsée par un désir de redevenir un individu au moment du renoncement aux drogues. Elle mobilise par la suite la capacité de nouer des relations qui viendront valider une nouvelle identité personnelle. L'enjeu de la sortie consiste ici en un travail de libération de l'expression des affects, des émotions nécessaires à l'établissement d'une relation à soi comme à l'autre.

En résumé, nous faisons l'hypothèse que la sortie de la toxicomanie peut-être décomposée en trois grands processus interdépendants. Le premier s'apparente à un processus d'arrachement de la dépendance aux drogues et du statut social de toxicomane qui a valeur d'identité. Par là, l'individu travaille à recouvrir son corps, fondement essentiel d'une reconstitution personnelle et de toute relation. Un deuxième processus vise la formation d'une identité nouvelle. L'individu doit restaurer une forme de respectabilité et la faire reconnaître afin d'obtenir un nouveau statut social. Il travaille à la construction d'un nouveau mode de vie ainsi qu'à l'adoption de conduites acceptables, éloignant la méfiance d'autrui. Un troisième processus doit permettre à l'individu de redevenir acteur de sa vie, la reconstruction du sujet en est le support principal. L'individu doit bâtir un rapport à soi non plus médiatisé par la drogue mais nourri de relations intersubjectives. Il doit parvenir à endosser la responsabilité de son parcours afin d'en faire une histoire personnelle. En effet, le changement objectif du statut social ne peut suffire à la construction d'une nouvelle identité. « Le sujet doit gérer « subjectivement » de nouvelles relations avec les autres et, peut-être surtout, la continuité entre son passé, son présent et son futur » (Dubar, C., 2000, p. 173). Dans le langage de Berger et Luckman, on peut dire que les individus rencontrés sont inscrits dans un processus d'alternation soit une transformation qui apparaît totale et s'apparente à « des processus de re-socialisation (qui) doivent redistribuer de façon radicale les accents de réalité » (Berger, P., Luckman, T., 1986, p. 214). L'arrachement de la

dépendance et du statut social de toxicomane suppose la rupture d'avec un « monde », celui de la drogue. L'individu doit se « couper » si ce n'est physiquement, du moins mentalement du monde qu'il laisse derrière lui et particulièrement de ses « cohabitants », ici, les usagers et vendeurs de drogues.

Les supports de la sortie

La formation d'une identité nouvelle est au cœur du processus de sortie. Elle implique « une base sociale servant de laboratoire de transformation » ou « structure de plausibilité ». Elle requiert aussi et peut-être surtout la présence d'autres significatifs, « éléments particulièrement importants dans la confirmation continue de cet élément crucial de la réalité que nous appelons identité » (p. 205). Ces autres significatifs occupent une position privilégiée dans le processus de sortie de la toxicomanie en ce sens qu'ils médiatisent le passage d'une réalité subjective à une autre et, partant, participent à la construction d'une nouvelle identité. La transformation identitaire est ici suspendue à l'établissement de relations de reconnaissance intersubjective entre l'individu et ces « guides qui conduisent à la nouvelle réalité ». Ceux qui accompagnent le processus de sortie doivent confirmer explicitement et valider intensivement la nouvelle identité que l'individu s'emploie à construire. L'arrachement du statut de toxicomane devenu facteur d'identité dominant suppose de faire « table rase » d'un rapport subjectif à la réalité centré sur la drogue, les sensations qu'elle génère et le mode de vie qui découle de sa consommation. Les individus rencontrés sont engagés dans ce bouleversement identitaire. Pour eux, la question de la sortie ne tient pas seulement à l'abandon ou non de la drogue. Elle met en jeu leur capacité à conserver le sens de leurs transformations. Il y a là un perpétuel travail narratif d'interprétation ou ré-interprétation de leur parcours accompagné par des autres significatifs. Ceux-ci doivent reconnaître et confirmer « le nouvel être dans lequel (l'individu) situe son identité » (p. 216). C'est tout le rôle de « l'appareil de conversation » dans lequel l'individu comme de nouveaux autrui significatifs doivent apprendre à converser.

Les activités pratiques et subjectives qui s'imposent à l'individu au moment de cette « crise identitaire » sont menées sous l'influence d'instances de contrôle et de socialisation. Elles sont guidées par un personnel inscrit dans son environnement proche ou élargi. Traitement, famille, policiers forment cette base sociale soutenant les transformations individuelles. L'individu est également entouré de personnes

encourageant son passage à une autre réalité. Mobilisés, ces supports sociaux ont-ils pour autant valeur de « laboratoire de transformation » ? Assurent-ils la « plausibilité » d'un changement de statut et d'identité sociale ? Les relations sociales et privées de l'individu deviennent-elles les interlocuteurs privilégiés d'un « appareil de conversation » réorganisé ? Parallèlement, l'individu est-il en mesure de traverser le « vide » qui fait suite au dépouillement de son statut devenu identité ? Parvient-il à « croire » à la réalité d'une identité autre que celle de toxicomane ? Dispose-t-il de catégories narratives afin de repenser sa biographie ?

De notre point de vue, l'ensemble de ces questions souligne une tension irréductible inhérente au processus de sortie de la toxicomanie. Pris dans un « statut-identité » fortement stigmatisé, l'individu doit œuvrer à la restauration de son autonomie, retrouver ou donner les gages de respectabilité et de son aptitude à évoluer en société et au contact d'autrui. Il y a là un travail de resocialisation pour lequel l'individu a besoin d'aides concrètes, matérielles, et qui nécessite la reconnaissance de qualités morales non entamées par la toxicomanie. Nécessaire, cette resocialisation ne peut se faire sans le renforcement simultané de la subjectivité individuelle. La réaction du sujet est à l'origine de l'entreprise de sortie. Par la suite, le renforcement continue de la subjectivité en est le support essentiel. Ce processus passe par l'établissement d'une ou plusieurs relations fondées sur une reconnaissance intersubjective. L'individu n'a pas « seulement » besoin de « guides » médiatisant le passage à une nouvelle identité, fournissant des catégories langagières permettant l'expression de soi pour soi et pour l'autre. L'individu a également besoin d'être reconnu en sa qualité de sujet singulier. Sa capacité à s'engager dans une ou plusieurs relation est en jeu. Mais la réciprocité est aussi une condition de la subjectivation. Seul l'engagement d'un ou plusieurs autres dans une relation de nature émotionnelle et affective avec l'individu porte en lui la restitution d'une confiance en soi.

III) L'usager de drogues

Deux interprétations de l'individu toxicomane occupent un statut dominant. Elles ont inspiré deux types de politiques, celle mise en place sur la base de la loi du 31 Décembre 1970 et celle dite de « réduction des risques » (RDR) adoptée au tournant des années 1980. La première de ces interprétations trace les contours d'un individu soumis

à l'anomie, pris dans une pathologie de la volonté. La seconde voit le toxicomane comme un individu stratège, doté de capacités d'actions rationnelles. La construction d'une substance personnelle ou identité pour soi est étrangère à cette interprétation de l'individu. De notre point de vue, ces deux conceptions du toxicomane ne sont pas exhaustives. A elles seules, elles ne permettent pas de saisir l'expérience individuelle de la toxicomanie puis de la sortie. L'individu ne peut être réduit à une pathologie quelle qu'elle soit, il n'est pas non plus dépourvu de toute subjectivité. Il est possible de percevoir le toxicomane d'abord comme un être social c'est-à-dire acquis aux valeurs fondatrices de la société et soumis aux modèles normatifs de construction de soi. A l'instar des analyses d'Alain Ehrenberg, nous soutenons que l'incertitude et l'instabilité sont au fondement de la construction identitaire de l'individu toxicomane. Puisant à l'excès dans la chimie afin de répondre à l'injonction d'autonomie contemporaine, l'individu toxicomane bascule dans une pathologie de l'action. Nous prolongerons cette interprétation en montrant que cette pathologie de l'action se double d'une difficulté à entrer en relation. Nous faisons l'hypothèse que ces diverses interprétations doivent être considérées non pas isolément mais bien ensemble afin de saisir les dimensions des épreuves sociales et subjectives de sortie de la toxicomanie.

III.1) Individu anomique et pathologie de la volonté

Une explication de la toxicomanie

Dans une perspective sociologique classique, la toxicomanie manifeste une pathologie sociale et personnelle. Le toxicomane se définit par un défaut d'intériorisation ou de respect des normes. Sa conduite appelle à une restauration de sa personnalité ou à l'adoption de sanctions le forçant à la conformité. Le concept qui est au centre de ce type d'interprétation est celui de socialisation et la toxicomanie est analysée comme une pathologie de l'intégration. Cela peut être la résultante d'un milieu social soumis à une forme de désorganisation que ne parviennent pas à endiguer les instances traditionnelles de contrôle social. Ce contexte d'anomie favorise alors l'adoption de normes et valeurs déviantes acquises par socialisation secondaire au contact des mondes de la drogue. La version morale de ce type de vision pose que le toxicomane présente une personnalité troublée parce que mal socialisée. Ce défaut de socialisation peut être attribué à un dysfonctionnement des instances et agents chargés

de la formation de l'individu. Dans une acception psychologique, le trouble individuel est souvent ramené à un traumatisme de l'enfance ou à un dysfonctionnement de la cellule familiale. Le « répertoire d'arguments » mobilisé pour penser la toxicomanie est ici essentiellement psychanalytique (De Munck, J, 1996, p. 33)[20].

La sortie de la toxicomanie invite ici à une forme médicale ou pénale de contrôle social de l'individu selon que la pathologie caractérise sa personnalité ou sa conduite. Dans le premier cas, la dépendance est interprétée comme le résultat d'une pathologie de la volonté ou comme l'expression de conflits intra-psychiques : l'individu est incapable de maîtriser ses pulsions, d'(auto)-contrôler sa conduite. La sortie est alors suspendue à l'aptitude des psychothérapeutes (psychologues ou psychanalystes) à restaurer l'autonomie individuelle. Dans le second cas, la toxicomanie exprime l'adhésion à une « sous-culture » délinquante[21]. L'individu doit être sanctionné ou écarté de son milieu « pathogène » afin de retrouver un comportement conforme.

Guerre à la drogue, délinquants et psychopathologie

En France, cette interprétation du toxicomane est à l'origine des politiques de traitement des drogues dominantes dans les années 1980. Le modèle normatif sous jacent s'est incarné dans un culture pénale au plan politique, il a également forgé les systèmes de répression et de soins mis en place sur la base de la loi du 31 Décembre 1970. La toxicomanie n'est alors pas conçue comme un problème de santé publique. Le toxicomane est d'abord un individu qui transgresse les normes de comportements prescrites et, par là, menace l'ordre social. Il s'agit donc, par la sanction, de lui rappeler qu'il vit en société avant de l'empêcher de s'autodétruire. Dans cette conception de la toxicomanie, le traitement constitue une alternative à la sanction pénale. « (Il) renvoie plus à une préoccupation humanitaire d'adoucissement des peines qu'à une définition proprement médicale de la toxicomanie. (Il) est une des modalités de l'application de la loi et le médecin est ainsi transformé en auxiliaire de justice » (Coppel, A., 1996, p. 83). Dominée par un paradigme psychanalytique, l'idéologie soignante du moment s'est érigée contre la répression des usagers de drogues. Les intervenants se sont insurgés : on cherche à « normaliser » un sujet en souffrance, victime de son inconscient. Pour autant,

[20] Pour une présentation des diverses interprétations psychologiques et psychanalytiques de la toxicomanie, voir Pedinielli, JL, Rouan, G, et Bertagne, P, *Psychopathologie des addictions,* Paris, PUF, 1997.

[21] Il ne s'agit pas d'une sous-culture au sens fort du terme mais d'un ensemble de règles et attitude non conformes.

ils ont peu à peu rallié la construction du « problème drogue » incluse dans la loi de 1970. En conflit ouvert dans les années 1970, la clinique et la justice se sont réconciliées autour du rôle attribué à la Loi. Symbolique d'un côté, pénale de l'autre, elle doit être « intégrée » par le toxicomane. « Entre juges et médecins notamment, un consensus existe aujourd'hui sur la notion de loi, à la fois point de repère et rappel aux réalités » (Trautman, C., 1990).

Une théorie limitée

L'approche de la toxicomanie et des toxicomanes en termes de pathologie sociale et individuelle s'est longtemps présentée comme la seule à même de saisir la question des drogues et d'agir sur les toxicomanes. Pourtant, cette approche est critiquable. Comme le rappelle Robert Castel, « aucune approche médicale ou médico-psychologique n'est encore parvenue à s'imposer d'une manière convaincante comme le mode théorique et pratique de traitement *d'ensemble* de la question de la toxicomanie » (1998, p. 15). De plus, les thèses de l'anomie et de la désorganisation sociale ne sauraient embrasser des comportements d'usages largement diffusés à tous les échelons du corps social. Elles passent outre la diversité des pratiques et des « mondes de la drogue ». Plus généralement, ce type d'interprétation prête le flanc aux critiques que l'on peut faire à l'ensemble des théories causales de la déviance. Elles entérinent notamment une définition arbitraire des comportements délictueux. Par ailleurs, importées sur le terrain des drogues, les approches compréhensives de la déviance ont révélé la rationalité des usagers et le caractère ordinaire de leurs pratiques. Autant de principes de réalité contraires aux prétendues pulsions irrésistibles du toxicomane comme au dérèglement de ses conduites. Divers mécanismes d'auto-contrôle balisent et freinent la pratique d'usage de drogues (Zinberg, N., 1974). Les toxicomanes n'ont rien de ces fétus emportés par un produit qui ferait écho à leur éventuel trouble. L'usage de drogues implique l'organisation d'activités sociales strictement structurées et inscrites dans des systèmes de relations sociales qui sont autant de modèles normatifs au sein desquels l'individu acteur doit apprendre à évoluer (Prebble, E., 1985). Les toxicomanes sont également tenus de construire puis d'articuler les divers mondes sociaux dans lesquels ils s'engagent. Et mêmes les plus fragiles d'entre eux ne sont pas coupés des normes et de la morale courante (Hanson, B., 1985).

Un système en faillite

Au bout de 20 ans, mis à l'épreuve des faits, le système traditionnel de traitement des drogues et toxicomanies édifié à partir de 1970, révèlent ses limites. Elles sont lourdes de conséquences sociales et sanitaires. Point cardinal de ce système, l'éradication des drogues se présente sous le jour d'une utopie. La « guerre à la drogue » est inefficace : elle participe de la dégradation des conditions d'existence des usagers de drogues, elle accélère leur exclusion[22]. En constante augmentation, la répression n'a pas eu d'impact sur l'augmentation continue du nombre d'usagers de drogues[23]. Elle n'a pas non plus empêché la diffusion de la consommation à toutes les couches de la population. Le système se pensait et se voulait équilibré : officiellement il combattait la drogue, officieusement, les usagers étaient protégés des foudres de la loi et de toute tentative de contrôle social. Or, c'est bien la répression qui l'a emporté. L'injonction thérapeutique n'a pas fonctionné[24]. Préalable à la cure, la désintoxication n'a pas non plus donné les effets escomptés : son efficacité s'est avérée tout à fait contestable et elle ne correspondait pas à la demande. Pendant longtemps, la majorité des toxicomanes s'est détournée d'un système de soins ne leur offrant que la perspective d'un sevrage avant tout autre soutien. Près de 90 % de ceux qui se lancent dans la désintoxication rechutent[25]. Tous ces individus demeurent exposés aux risques d'overdose, de contaminations, de marginalisation sociale et de fragilisation psychologique. En outre, pendant toutes les années 1980, nombre d'usagers se sont adressés aux services de soins généraux et en particulier aux médecins généralistes avec toujours la même demande, celle de médicaments propres à calmer leur souffrance physique. Jusqu'au tournant de la réduction des risques, l'offre de soin n'était donc pas adaptée à la demande. Plus

[22] En France, cette orientation majeure de la politique des drogues et toxicomanies a été dominante jusqu'en 1994 au point de faire de notre pays une exception en Europe. Ainsi, c'est dès 1985 que les Pays Bas ont mis en place des mesures de lutte contre le sida dans le cadre d'une politique d'intégration des usagers de drogues. Le changement d'orientation remonte à 1987 pour la Grande Bretagne, 1990 pour la Suisse.

[23] Si l'on prend l'exemple de l'usage de cannabis on voit bien que la répression n'a pas les effets escomptés. La France et la Grande Bretagne ont des politiques beaucoup plus répressives que l'Italie. Or, les consommations y sont beaucoup moins importantes. L'usage repose sur de multiples facteurs, le degré plus ou moins élevé de répression n'est donc pas seul en jeu, mais ces résultats permettent néanmoins d'affirmer qu'il n'est pas déterminant.

[24] Ce dispositif permet à l'usager d'échapper à la sanction pénale s'il consent à entrer dans un traitement qui lui assure anonymat et gratuité des soins.

[25] A partir d'études menées dès la fin des années 1950, des experts américains ont établi ce constat. Voir Hunt, G.H., Odoroff, M.E., « Follow-up of Narcotics Drug Addicts after Hospitalisation », *Public Health Rep.,* 77-4, 1662. p. 41-54. En France, la question de l'efficacité des cures de désintoxications ne s'est posée que très tardivement.

profondément, l'idée selon laquelle la toxicomanie n'était pas un problème de santé publique faisait consensus, des experts aux politiques. L'immense décalage entre cette idéologie et les réalités de terrain a fini par avoir raison d'un tel consensus.

****

Concevoir la toxicomanie sous l'angle de la pathologie sociale ou personnelle présente de sérieuses limites. Mais c'est une construction sociale qui est partie prenante de l'expérience de l'individu. Réintégrer la vie ordinaire, retrouver une pleine autonomie fait partie du travail de sortie. Concrètement, les individus sont aussi en contact ou sous l'influence d'organes de contrôle social et l'idéologie qui fait de la toxicomanie l'expression d'une psychopathologie et de l'abstinence le gage de sortie de la toxicomanie est encore vivace dans les esprits comme dans les pratiques. Les individus sont aux prises avec un travail de retour à la conformité mené en interaction avec diverses instances de contrôle social. Ils sont également confrontés au sentiment de ne pouvoir se fier totalement à leurs résolutions comme à leur volonté. Ils aspirent à une forme de contrôle qui viendrait renforcer leur démarche de renoncement aux drogues. C'est par exemple visible dans une valorisation unanime du « cadre » du traitement, dans le respect manifesté aux intervenants médicaux ou à l'entourage souvent au travers d'un assentiment quelque peu enfantin à « bien se conduire », ne plus déroger aux normes de comportements attendus. Les individus se présentent parfois comme redevables à l'égard de leur famille, copine, médecin, voire policiers. Ils apprécient notamment la clarté des normes gouvernant l'activité policière et mettent en avant l'efficacité des sanctions policières (comme rappel à l'ordre). La dimension des contrôles sociaux informe également les trajectoires dans la toxicomanie présentées comme un choix visant une émancipation par rapport à la famille[26].

Pour autant, l'individu n'est pas réductible à un défaut d'autonomie. Et la sortie n'est pas suspendue à l'action des instances de contrôle social. Même fragilisé par la dépendance, l'individu active sa volonté de sortie. Psychologiquement, il est sans doute perturbé par la gravité de sa situation. Mais il est précisément capable « d'apprécier » cette gravité et c'est ce qui le fait réagir. Par ailleurs, l'individu demande à être

[26] Ceci recoupe les conceptions de la toxicomanie comme « pathologie adolescente ». Voir, Lert, F, Fombonne, E, *La toxicomanie vers une évaluation de ses traitements,* Paris, La documentation française, 1989 (p. 65-67).

accompagné voire « tenu » dans son retour à la vie ordinaire, mais il vise aussi la reconnaissance de sa personne. Les sentiments qu'il éprouve face à ses transgressions passées inclinent à la honte. L'individu souffre d'un sentiment de trahison. Il se sent fautif mais aussi indigne, condamnable mais aussi méprisable. Les actes de contrition qu'il adopte, « la bonne figure » qu'il s'évertue à présenter correspondent aux attentes d'autrui et forment donc autant d'obligations auxquelles il doit se soumettre. Mais il recherche aussi ou avant tout la reconnaissance d'autrui. L'individu doit prouver sa bonne volonté pour s'attirer la bienveillance d'autrui alors même qu'il désire obtenir la reconnaissance de sa personne plus que de sa bonne volonté. Il est donc nécessaire d'inclure dans la réflexion sur la sortie cette dimension de reconstruction identitaire qui ne passe pas par une restructuration psychologique mais par la mise en marche d'un processus de reconnaissance. L'individu doit pouvoir s'engager dans des relations intersubjectives mais aussi être identifié en sa qualité de sujet singulier.

III.2) Un individu rationnel

Comprendre les usages de drogues

Appliquées à la toxicomanie, les approches compréhensives de la déviance, fournissent un autre modèle d'analyse. Ici, la toxicomanie peut être ramenée à la recherche de plaisirs et l'individu conçu comme un acteur motivé par la satisfaction de cet objectif. Toute forme d'anormalité de l'individu ou des conduites déviantes est ici absente de l'analyse. La vision s'élève précisément contre les notions d'anomie et de pathologie individuelle pour souligner le caractère ordinaire des activités déviantes menées par un individu rationnel. Le toxicomane se caractérise par sa capacité d'adaptation aux circonstances. Il poursuit une carrière dont la progression repose sur l'acquisition de compétences pratiques et discursives. Ces compétences forgent les « motifs et intérêts » (Becker, H., 1985) qui le poussent à poursuivre sa consommation de drogues puis à l'abandonner. Somme toute banals dans leur appréhension de la conformité et de la morale, les toxicomanes apprennent progressivement à bâtir une interprétation acceptable des entorses à la morale courante auxquelles ils se livrent en procédant à une rationalisation continue de leur conduite. Les « techniques de neutralisation » (Sykes, G., Matza, D., 1957) ne manquent pas qui leur permettent

d'assumer les transgressions commises et de leur donner une apparence présentable[27]. Ce travail constant de réinterprétation rend possible la persévérance dans la consommation.

La toxicomanie n'est pas l'expérience d'une possession. Plus que la perte progressive de repères et de liens, elle est placée sous le signe du contrôle. Contrôles sociaux, contrôles institutionnels mais aussi contrôles personnels balisent les parcours individuels. Ce n'est pas l'exception mais la règle commandant les usages de drogues (Zinberg, N., 1974). Les parcours individuels n'ont rien d'une chute incontrôlée s'épanouissant nécessairement dans une forme de mort physique ou subjective, la toxicomanie suit une « histoire naturelle » orientée vers l'abandon de l'usage de drogues. Pour affectés qu'ils soient au terme d'un parcours marqué par de lourdes contraintes sociales et psychologiques, les individus ne sont ni totalement aliénés ni totalement démunis quant à abandonner leur pratique. A un moment donné de leur parcours, ils sont à même d'élaborer une définition de leur situation qui les pousse à opter pour le renoncement. Une telle appréciation de la situation signifie le maintien d'une faculté de jugement, jamais totalement entamée par les incidences de la consommation de drogues (Ogien, A., 1994). Les individus cessent de rationaliser leur consommation et s'emploient à forger leur décision de sortie. Il y a là une nouvelle forme de rationalisation qui passe par la construction de « bonnes raisons» (Stimson, G., Oppenheimer, E.,1982) justifiant l'abandon de la consommation de drogues.

Loin d'être mus par un trouble personnel, les toxicomanes sont donc des acteurs malgré tout. Certes, ils ne sont ni totalement libres, ni parfaitement rationnels. Mais ils opèrent des choix dans les univers et systèmes de relations sociales dans lesquels ils sont engagés qui forment autant de « systèmes de contraintes, des contraintes ordinaires, communes aux hommes ordinaires, du contexte social au fonctionnement psychique » (Coppel, A., 2002, p. 110).

L'activité requise par la consommation de drogues est intense et hautement risquée. Il suffit de quitter le niveau des représentations sociales pour mesurer la difficulté de l'entreprise de consommation. Comment se procurer régulièrement ou chaque jour une quantité suffisante de « bon produit » ? Comment réunir la somme d'argent nécessaire sans courir le risque d'une sanction sociale formelle ou informelle ?

[27] Parmi ces techniques, les auteurs retiennent le déni de responsabilité, le déni du mal causé, le déni de la victime, l'accusation des accusateurs, la soumission à des loyautés supérieures. Pour une présentation, voir Ogien, A., 2000, op. cit, p.23.

Comment nouer puis entretenir des relations suffisamment stables et sûres à cette fin sans se faire repérer ? Comment s'épargner la violence inhérente à un milieu hautement exposé aux sanctions pénales et sociales ? Comment se faire respecter des autres usagers, des autres vendeurs afin de ne pas subir un harcèlement toujours dangereux, des rixes verbales ou physiques de part et d'autres ? Comment gérer l'emploi du temps ? Comment se partager entre le monde ordinaire et le « milieu » sans « craquer » physiquement ou moralement ? Comment minimiser le stress, la peur, le manque, mais aussi la honte et la culpabilité ?

Si l'on tient que ces impératifs forment le quotidien des usagers de drogues, il devient évident que la consommation de drogues implique des capacités d'actions et de contrôle de soi tout à fait significatives.

« Vivre avec les drogues » et les usagers de drogues

Cette approche de la toxicomanie concorde avec les principes qui animent la politique des drogues adoptée au tournant des années 1980. Comprendre les usages de drogues implique la suspension de tout jugement de valeur sur les pratiques, l'abandon du « pourquoi » et des investigations de terrain. Il s'agit d'aller à la rencontre des usagers de drogues. Valide pour la recherche, cette posture à l'égard du problème drogue s'est imposée dans le contexte de pandémie de sida. L'urgence sanitaire rendait primordiale la fourniture aux toxicomanes de moyens leur permettant de se protéger du risque de mort désormais directement associé à la pratique des injections. Le pragmatisme commandé par les impératifs de santé publique suppose de considérer les toxicomanes comme des êtres soucieux de leur santé, capables d'apprécier les dangers auxquels ils s'exposent et dotés d'aptitudes au contrôle de leur conduite. La recherche des motifs de la consommation de drogues est abandonnée. La toxicomanie est définie et appréhendée autrement. On distingue usage et abus. C'est la dépendance aux produits qui pose problème, non la consommation de drogues en tant que telle. L'attention se déplace des causes vers les effets et le souci préalable à toute intervention devient la protection de la vie[28]. Le modèle de réduction des risques intime l'abandon de l'idéal

[28] Il est possible, avec Jean De Munck, de voir dans ce précepte la marque du passage à une nouvelle normativité pour traiter des drogues. La volonté de garantir, avant tout, la vie des membres de la collectivité, est bien évidemment exacerbée par le contexte sanitaire. Elle n'en est pas moins érigée au statut de norme préalable à toute norme, devant commander les questions de toxicomanie, collectivement ou individuellement. Voir De Munck, J., « La régulation des drogues dans le conflit de normes » in *Vivre avec les drogues,* Communications n°62, 1996.

d'abstinence au profit d'une norme de mesure. Ce changement signe l'abandon d'une construction du problème appuyée sur les arguments de la morale publique et son inscription simultanée dans le champ de la santé publique. Cela implique une médicalisation des prises en charges. Médecins généralistes et pharmaciens font leur entrée dans le monde des intervenants en toxicomanie, jusque là essentiellement psychothérapeutes. On sort d'un modèle de traitement spécialisé, pour entrer dans une offre de soin généraliste. Versant judiciaire, la désintoxication n'a plus valeur de traitement du problème. Pour les intervenants, il ne s'agit plus d'attendre que l'usager soit capable d'étayer une « demande ». Il faut lui offrir des soins, dont ceux qu'il désigne comme efficients, soit, des produits de substitution. Un individu rationnel et avisé se substitue ici au sujet perturbé dépourvu de toute autonomie. Un individu armé de savoirs qui gagnent à être associés à ceux des médecins. Lancée dans l'urgence à titre de stratégie de prévention, la réduction des risques est aussi animée de principes qui renouvellent la pensée des drogues. Parmi eux, les droits de l'usager, la reconnaissance de ses compétences et de son statut de partenaire. Et ce sont bien ces principes qui doivent guider les soignants. Le mouvement de réduction des risques a impulsé l'adoption d'une perspective médicale sur la toxicomanie. Nous sommes passés de la santé publique à la médicalisation du problème. Il y a là une véritable révolution que tous les intervenants – pionniers de la réductions des risques compris –, ont du s'approprier. L'explosion de la prescription de subutex en médecine de ville est une illustration de ce changement de perspectives et de pratiques. A ce jour, on parle moins de toxicomanie que de dépendance et celle-ci est définie comme une maladie chronique.

***

Notre travail consiste à éclairer le point de vue d'un toxicomane acteur. Dès lors, nous nous inscrivons dans une démarche compréhensive. Nous sommes animée par la volonté d'aller vers ces individus porteurs d'un parcours de vie à propos duquel ils disposent de clés de compréhension personnelles. La définition de l'individu toxicomane comme doté d'une grande capacité d'adaptation s'avère particulièrement féconde pour rendre compte de l'expérience individuelle. Nous montrerons que les résultats des études menées sur les carrières de toxicomanes s'appliquent à notre matériau. La rationalité acquise pendant la toxicomanie et les capacités d'actions de

l'individu sont parties prenantes des ressources influant sur le processus de sortie. La toxicomanie, comme la sortie de la toxicomanie, sont en partie « portées » par une logique des moments, des situations, du hasard des circonstances et des rencontres façonnant les décisions individuelles. Elles doivent donc être retenues dans l'analyse. Il faut toutefois éviter un écueil : faire de l'individu un « pur » stratège grandement opportuniste et ainsi être pris au piège de stéréotypes. En effet, l'approche dispose d'une force de conviction parce qu'elle confirme les visions faisant du toxicomane un menteur, manipulateur, séducteur sans scrupule, prêt à tout pour obtenir un produit (drogue ou substitut) qui a seule grâce à ses yeux. Tacticien parfaitement avisé, l'individu « servirait » une profession de foi qu'il sait attendue de la part des instances qui accompagnent sa sortie, en jouant tour à tour sur la sensibilité ou sur les attentes de repentance de ses interlocuteurs. Il insisterait sur l'une ou l'autre de ces dimensions en fonction de la situation. Son discours mettant en avant sa bonne volonté présentée avec force de dramatisation et confinant à l'héroïsme.

La stratégie et les techniques de présentation de soi sont partie prenantes des propos individuels. Mais l'individu n'est pas un pur stratège « moulinant » un discours réduit à sa fonctionnalité. Il n'est ni « vide » ni « vidé » de toute émotion ou subjectivité. Il n'est pas tout entier défini par et dans la face qu'il offre à autrui, enferré dans « l'étiquette » qui lui est attribuée. En particulier, sa volonté de renoncer aux drogues a beau se dire dans des catégories extérieures d'allure stéréotypée, elle n'en est pas moins impulsée par un sentiment, chaque fois personnalisé de « toucher le fond ». Par ailleurs, la sortie n'implique pas seulement de mettre fin à une carrière. Elle est aussi une expérience portée par un désir de reconstruction de soi.

La négociation avec l'usager : entre pari et réalité

Le modèle porté par la réduction des risques est désormais inscrit au premier chef des orientations de la politique des drogues et toxicomanies[29]. Il fait donc aussi partie du contexte de l'expérience individuelle et nous en questionnerons l'ancrage dans la signification que l'individu attribue à son parcours. On peut se demander dans quelle mesure l'individu se retrouve dans ce qui a d'abord été motivé par « la loi des grands nombres » c'est-à-dire par le souci d'agir au plus vite pour protéger le groupe des

[29] Voir Mission interministérielle de lutte contre la drogue et la toxicomanie (MILDT), *Plan triennal de lutte contre la drogue et de prévention contre les dépendances (1999-2000-2001)*, Paris, La Documentation Française, 1999.

usagers de drogues. Par ailleurs, face à la montée en puissance d'une conception médicale de la toxicomanie, on peut s'interroger sur l'adoption, par l'ensemble des intervenants, des principes de la réduction des risques : la conception d'un usager citoyen, la reconnaissance de ses compétences, la construction d'une relation de partenariat sont-elles effectivement à l'œuvre dans les pratiques ? La médicalisation sied-t-elle au processus de reconstruction identitaire en jeu dans la sortie ?

III.3) Un individu incertain

A l'instar des analyses proposées par Alain Ehrenberg (1995), la toxicomanie est intelligible au regard des formes d'intégration en vigueur dans les sociétés contemporaines. Le modèle normatif de l'autonomie s'accompagne d'irrésolution, de poids ou de tensions peu soutenables pour un individu livré à lui-même pour l'institution de soi et la construction d'une place dans la société. Sommé de se construire seul, l'individu puise dans « la chimie » une forme inédite de soutien ou trouve dans les drogues un exutoire aux tensions inhérentes à l'exercice de sa liberté. La figure conquérante de cette individualité contemporaine trouve dans toutes sortes de psychotropes de quoi assurer un « dépassement permanent de soi » (Ehrenberg, A., 1991). La figure « déprimée » de cette individualité incertaine masque un sentiment d'insuffisance par le réconfort procuré par diverses médications. Le toxicomane participe de ce modèle. Il en est une figure radicalisée. Il s'appuie sur une drogue plus ou moins « dure » mais il en fait un usage « socialisé », c'est-à-dire, qui vient soutenir une intégration synonyme d'entreprise personnelle ou bien qui vient pallier l'angoisse d'une existence obligatoirement souveraine. La consommation de drogues est une expérience de multiplication de soi non plus portée par un désir d'exploration de son for intérieur mais mise au service d'une construction individuelle. Les drogues sont devenues un « moyen de gérer certains problèmes posés par le fait que nous sommes, au sens propre, civilisés c'est-à-dire que nous devons nous contrôler par nos propres moyens » (Ehrenberg, A., 1995, p. 64). Les drogues « donnent du corps » dans une société qui ne fait plus corps. Dans le même temps, elles allègent chacun du poids qu'il est devenu pour lui-même.

Les toxicomanes ne sauraient être distingués au sein d'une nébuleuse d'individus « usinant leur for intérieur » en quête de construction de soi, ou alors pour le seuil quantitatif franchi dans l'utilisation de chimie. L'abus de produit signe le basculement

dans la dépendance[30]. Mais ce basculement procède du même impératif d'institution de l'individu par lui-même, de cette même charge que nous sommes devenus pour nous-mêmes. La toxicomanie figure le retournement d'un tel processus par dépassement des « limites à partir desquelles l'individu devient prisonnier du produit » et s'enfonce dans un « enfer privé » (Ehrenberg, A., 1995, p. 48)**.** Elle représente le paroxysme d'une médicalisation de l'existence largement généralisée mais dont elle marque un seuil pathologique. La quête d'une « multiplication de soi » se retourne en une perte de soi. L'incertitude identitaire s'épanouit dans une pathologie de l'insuffisance.

Le toxicomane dispose de soi à l'excès. Il se retrouve à ce point « connecté » avec lui-même qu'il en perd toute relation à soi et tout contact avec autrui. Une forme de désocialisation caractérise sa situation. Désocialisation par décrochage, mise en marge ou à l'écart des formes de sociabilité courantes. La toxicomanie opère dans le même temps un dépassement par le haut ou par le bas du modèle normatif de l'individualité contemporaine. Le toxicomane affaiblit sa capacité à être sujet par excès d'indépendance – il tend à devenir un « pur individu » –, ou par défaut d'autonomie – il risque de devenir un « non-sujet ». Son entreprise de multiplication de soi ou de démultiplication de ses capacités d'action s'éclate en une dispersion ou dissolution de soi. Démesurée, sa tentative de pallier les tensions inhérentes à sa construction personnelle ne fait qu'accroître sa difficulté à agir sans plus de soutien chimique. La « fatigue d'être soi » quitte le terrain du sentiment d'insuffisance pour l'installer dans une véritable pathologie de l'action (Ehrenberg, A., 1998).

L'individu contemporain est un handicapé de la relation à cause du devoir de se construire seul, de fixer seul les cadres de l'action. Le toxicomane s'enferme progressivement dans un type particulier de handicap relationnel, il se détache de toutes dépendances significatives à certains autres. Sans relation de dépendances mutuelles, le toxicomane se coupe du fondement de toute autonomie. Pour sortir de la toxicomanie, il doit s'arracher d'un « état » synonyme d'absorption dans la sensation, à l'intérieur de soi, afin d'ouvrir un espace de relation à soi, pour vivre avec soi c'est-à-dire avec autrui. Sortir, ou retrouver une « normalité » consiste à retrouver un niveau acceptable de handicap (à vivre et agir), à retrouver une consommation acceptable de chimie, de

[30] On désigne désormais l'usage de drogues, de l'usage nocif ou abus, en considérant que le premier n'entraîne pas de dommages alors que le second s'accompagne de préjudices somatiques, psychologiques ou sociaux pour l'individu et/ou pour l'environnement. Voir Reynaud, M., Parquet, PJ., Lagrue, G., *Les pratiques addictives : usage, usage nocif et dépendance aux substances psycho-actives,* rapport remis au secrétaire d'Etat à la Santé*,* 1999.

dépendance. C'est bien parce qu'il participe, mais de manière excessive, au modèle d'individualité contemporain que le toxicomane désire sortir de sa toxicomanie, revenir à un niveau de dépendance acceptable. Ce retour à la « normalité » suppose l'intervention couplée de la médecine et de la justice. Pour la justice, il ne s'agirait pas tant de réprimer ou sanctionner le toxicomane de manière rigide et absolue, que de l'aider à retrouver des limites à la disposition de soi. La médecine peut accompagner l'individu au moyen de supports chimiques et/ou psychothérapeutiques afin de lui permettre de gérer les risques encourus. Cet accompagnement nécessairement palliatif suppose néanmoins une participation active de l'individu. Il n'est pas conçu sous l'angle de l'assistance pure. Médecine et individu oeuvrent à la restauration d'un équilibre de manière négociée.

Il nous semble que les analyses d'Alain Ehrenberg éclairent de manière tout à fait pertinente la dynamique de recours aux drogues comme soutien face à l'impératif d'individualité proprement moderne. Elles s'inscrivent dans les courants sociologiques actuels qui « bruissent de l'écho des désarrois de l'individu confronté à sa propre liberté, pris de vertige face à la nécessité de fabriquer sa propre vie, et pour cela de nouveau avide de leviers extérieurs : thérapeutes, gourous, secte… » (Journet, N., 2002, p. 49). L'injonction d'une responsabilité quant à la construction de soi et la norme de souveraineté précipitent l'individu vers des pratiques d'auto-assistance qui l'empêchent précisément de se construire. En usant (abusant) de drogues pour accéder au sentiment d'exister par soi-même et entrer en relation avec autrui, le toxicomane devient dépendant. Il faudrait donc l'aider à retrouver une parcelle d'autonomie.

Mais la restauration de l'autonomie du toxicomane ne peut pas valoir sortie de la toxicomanie. Tout au long de sa carrière, l'individu s'identifie progressivement à son statut social de consommateur de drogues. La sortie est donc aussi suspendue au travail de détachement du statut social de toxicomane qui est à la fois un travail de désidentification et un travail de construction de nouveaux facteurs d'identité personnelle et sociale. Par ailleurs, souvent ramenée à la dépendance aux produits, la problématique individuelle se pose plus sûrement en termes de dépendance relationnelle. Pour sortir de la toxicomanie, le toxicomane doit reconnaître son besoin de relation. Dans le même temps, autrui doit reconnaître en lui une personne dont il a besoin pour exister. La construction d'une reconnaissance interpersonnelle compte donc parmi les dimensions essentielles de la sortie de la toxicomanie. Ce processus ne peut se

ramener à la resocialisation de l'individu ou à sa « réintégration » dans les cadres de conduites et de sociabilités ordinaires. Nous faisons l'hypothèse que la sortie doit être plutôt comprise comme un travail de renforcement du sujet. De notre point de vue, c'est bien la part même infime de subjectivité maintenue par l'individu qui porte sa décision de sortie puis supporte en les orientant l'ensemble des activités qu'il met en œuvre dans sa conquête de l'abstinence, dans la restauration de son autonomie, dans la reconstruction de relations et d'un rapport positif à lui-même.

IV) Les « cadres » de la sortie

L'entreprise de sortie de la toxicomanie ne s'opère pas « dans le vide ». L'ensemble des relations et institutions avec lesquelles les individus sont en contact forment autant de cadres de socialisation et, partant, de contrôle social interne et externe partie prenante de son évolution. Ce système de contrôle agit sur la trajectoire individuelle en interaction avec les contrôles propres que l'individu est à même de déployer conformément aux normes et valeurs courantes intériorisées et estimables à ses yeux. Un souci de conformité compte parmi les motivations de la sortie. L'individu cherche à le concrétiser par l'abandon manifeste de conduites déviantes et la démonstration de ses aptitudes à bien se comporter en société. Simultanément, ces contrôles fixent aussi une série d'obstacles à l'épanouissement de la sortie. Ils visent le personnage social mais ignorent la personne. La reconnaissance du sujet s'en trouve tronquée et les démonstrations de bonne volonté manquent leur cible, soit l'obtention de l'estime d'autrui. Malgré tout, les soignants, la famille entre autres membres de l'entourage individuel comptent dans l'obtention d'une reconnaissance personnelle. C'est bien parce qu'une forme de reconnaissance si infime soit-elle est maintenue que l'individu en vient à souhaiter l'honorer au moment de la sortie de la toxicomanie. Sa décision est fortement attisée par un insupportable sentiment de trahison. La solennité des actes de contrition auxquels il se livre par la suite parlent pour l'importance de cette logique de la reconnaissance dans son entreprise de sortie.

L'impulsion de sortie par auto-contrôle procède également d'une réaction à la situation. L'individu n'est plus en mesure d'œuvrer pour être en adéquation avec les comportements requis pour la gestion de sa pratique, ou bien il ne le souhaite plus. Sa décision de sortie manifeste un refus des moments et situations périlleuses ou

déplaisantes inhérentes à la consommation de drogues. L'entrée en traitement ne procède pas d'une longue réflexion évaluant la pertinence des traitements de substitution. Elle relève d'une définition de la situation comme trop coûteuse.

Au total, une pluralité d'influences sont en jeu dans le parcours de sortie de la toxicomanie : celles qui procèdent des institutions sociales, celles qui tiennent aux déterminations inhérentes à la pratique, celles qui relèvent d'auto-contrôles, celles qui émanent du désir de reconstruction de soi et de la nécessité d'être reconnu comme acteur et comme sujet. Chacune de ces dimensions exerce une influence croisée sur le parcours individuel. Influence ambivalente soutenant ou barrant la progression vers la sortie, influence émergent sur la base des dispositions dans lesquelles se trouvaient les individus à l'entrée en traitement. En effet, la sortie de la toxicomanie ne s'effectue pas « dans le vide », elle ne commence pas non plus « à partir de rien ». Les individus décident d'entrer en traitement au moment d'une maturation de l'expérience qui marque la fin de la toxicomanie. Présent tout au long du processus de sortie, le sujet, même faible ou morcelé, se donne à voir dans toute sa force de détermination au moment du renoncement aux drogues.

> *« il y a deux trois phrases que j'ai identifiées qui ont eu beaucoup d'effets sur moi c'est : de toute façon, tu arrêteras un jour obligatoirement et ça sera trop tard... » Alors ça ! C'est une phrase qui m'a vraiment bien fait réfléchir. On m'avait déjà dit ce genre de choses mais il y a eu le moment où j'y ai cru vraiment et je sais que j'ai un grand instinct de survie. Je voulais aller jusqu'au bout de ma résistance physique à la maladie mais pas trop loin en tout cas (Antoine). »*

V) Le moment du renoncement aux drogues

Tous les récits de vie recueillis, évoquent un moment « clé » dans la trajectoire dans la toxicomanie. Moment de déclic ou de ras le bol, d'instinct de survie ou de lassitude. Ce moment signale « le début de la fin », l'entrée vraiment significative dans une démarche de sortie de la toxicomanie[31]. Un tel basculement est directement lié à une période plus ou moins longue, plus ou moins forte, de « crise » personnelle. Ce moment marque un virage moral et/ou identitaire déclenché par un sentiment de peur,

[31] Cela ne signifie pas que le processus de sortie débute concrètement à ce moment là mais que l'individu retient ce moment et le définit comme étant celui qui a initié sa sortie.

de honte, d'indignité par trahison de la confiance (amour) manifestée malgré tout par autrui[32], mais avant tout par la crainte de mourir. L'individu prend la mesure du risque de mort contenu dans sa conduite, mort physique, psychique ou morale. Cette crise morale ou identitaire est plus ou moins fortement marquée, mais elle signale la présence d'une forme de subjectivité individuelle. Elle exprime une blessure personnelle qui n'est pas le simple résultat de sanctions sociales ou d'une réaction au stigmate. La permanence de ces « morceaux de subjectivité » se donne à entendre dans les multiples moments de doute, dans la douleur plus que dans la souffrance qui jalonnent la trajectoire de consommation. Les individus disent s'être perdus, dégoûtés, trahis. Plus ou moins explicitement, ils expriment leur incompréhension des actes et pensées dont ils ont été les auteurs. Il disent avoir peur de « *retomber* » c'est-à-dire de redevenir étrangers à eux-mêmes, insaisissables ou « robotisés ». Les « *on n'est plus soi-même* », « *on ne sait plus ce qu'on fait* », ne manquent pas qui traduisent l'impersonnalité profonde de l'expérience. En écho, ils avancent des « *je ne suis plus comme ça* », « *je ne veux plus être comme ça* ». Dans le même temps, les individus mettent en avant un désir de prouver qu'ils ne se réduisent pas à leur toxicomanie. Ils souhaitent montrer qu'ils sont capables « *d'autre chose* » ce qui signifie simultanément un désir de détachement de l'identité sociale de toxicomane et de reconnaissance d'autrui.

> *« Je l'ai fait pour ma femme surtout. Mes parents, mes petits frères la prenaient pour une folle ma femme : qu'est-ce qu'elle fait avec ce barjot ? Parce que c'est vrai que j'étais barjot. Mais ce que je voulais surtout c'était réussir leur faire voir, redevenir ce que j'étais dans le temps un petit bonhomme toujours souriant, pas con et propre sur soi... Et puis j'avais envie de montrer à tout le monde que Kalil peut faire autre chose que se camer (Kalil). »*

Ces affirmations renvoient au travail de dégagement entrepris qui est de l'ordre d'un cheminement subjectif. Au moment du renoncement aux drogues, l'individu produit une définition de la situation comme invivable pour soi et par rapport à autrui, par rapport à la relation à soi et à autrui qui s'est installée pendant la toxicomanie. Cette définition de la situation correspond à la construction de nouvelles représentations et normes internes rendant la toxicomanie insupportable non plus « seulement » physiquement mais moralement comme symboliquement. L'individu procède à une

[32] Famille, copine, enfants.

« reconceptualisation de l'expérience ». Plusieurs auteurs se sont penchés sur ce processus de redéfinition de l'expérience qui permet à l'individu de renoncer à sa pratique. Parmi eux, Stimson, Oppenheimer mais aussi Castel rendent compte de la prise en considération, par l'individu, de données telles que l'âge, l'épuisement des effets positifs de la drogue, la peur de la mort, l'inadéquation des conditions d'existence de l'individu par rapport à ce qu'elles devraient être au stade de la vie qu'il a atteint. Il y a là une prise de distance par rapport à sa situation mais aussi une mise en doute de soi. L'individu se place au moins partiellement dans une position d'extériorité qui ouvre un questionnement d'éléments ne posant pas problème jusque là. Ce faisant, il se tient dans une relative distance de son identité sociale de toxicomane, il ouvre un espace de réflexion et donc aussi de transformation entre cette identité sociale et personnelle.

Il faut prendre au sérieux cette mise en question émergeant au moment du renoncement aux drogues parce qu'elle ne va pas de soi. Elle n'est pas donnée s'agissant d'une pratique qui finit par enrôler l'individu dans la dépendance. Les contraintes inhérentes à la toxicomanie sont à ce point lourdes ou écrasantes que les individus pourraient ne même pas participer de leur sortie, celle-ci se posant d'elle même, s'enclenchant à un moment donné de la carrière. Le renoncement aux drogues relève pour partie de cette logique extérieure à l'individu mais elle tient aussi à un cheminement subjectif par lequel l'individu prend de la distance par rapport à sa pratique et impulse un « arrachement » d'habitudes et attitudes devenues partie intégrante de son identité. L'individu se montre bien « actif » au moment du renoncement aux drogues au moins de manière réactive. Il ne se laisse pas seulement « porter » à la sortie, il réagit à sa situation.

Cette dimension de la sortie peut être conçue comme un travail d'autotransformation. L'expérience de sortie n'est pas seulement abandon d'une pratique et d'un mode de vie, elle est aussi faite d'une prise en compte de la perte de soi inhérente à la toxicomanie et d'une prise en charge simultanée de la recollection de soi. L'individu mène un travail permanent d'interprétation de soi et de recherche de la reconnaissance d'autrui.

Cette conception « positive » de l'individu toxicomane requiert une attention privilégiée. Non pas tellement parce qu'elle dominerait les conceptions couramment défendues en matière de toxicomanie mais parce qu'elle en est généralement absente.

La réflexion sur la toxicomanie est plus fréquemment menée sur la base des approches d'un individu anomique ou « stratège ».

Parallèlement, les politiques de traitement des drogues et des toxicomanes mises en place à partir de la loi du 31 Décembre 1970 ont donné la part belle aux conceptions pénalisantes et pathologisantes des toxicomanies définissant la sortie comme une resocialisation de l'individu. Radicalement différente dans ses présupposés comme dans les interventions concrètes qui lui ont fait suite, la politique de réduction des risques adoptée depuis peu se détache résolument de ces approches. Cela dit, elle n'accorde pas forcément (ou pas suffisamment) de place à la problématique relationnelle et de reconnaissance inhérente au processus de sortie de la toxicomanie[33].

Conclusion

La restauration de l'autonomie individuelle, la sortie de la carrière de toxicomane et la reconstruction d'une identité nouvelle participent ensembles du travail de sortie de la toxicomanie. Considérées isolément, aucune de ces dimensions ne permet d'épuiser la problématique de sortie. L'individu souffre d'une incapacité à agir sans plus de soutien extérieur, sa capacité d'affirmation personnelle est lourdement entamée par le poids de l'identité sociale de toxicomane et il a grandement perdu la capacité d'être en relation avec autrui. Mais son désir d'être un individu, de se réapproprier son corps et de donner du sens à son parcours qui a perdu son caractère d'expérience personnelle se manifeste avec acuité dans sa capacité à faire face aux épreuves de sortie de la toxicomanie. Si l'on adopte une conception « négative » d'un individu anomique ou vide, il est insensé de se pencher sur les activités pratiques et sur le sens que l'individu donne à ses actions. La conduite individuelle est en effet conçue comme déréglée ou purement instrumentale. En revanche, une conception « positive » de l'individu invite tout naturellement à la compréhension des pratiques individuelles et au décryptage du sens orientant ses actions. C'est cette démarche compréhensive que nous privilégions dans l'ensemble de notre réflexion.

[33] Cette dimension fait partie des principes de la réduction des risques. L'approche insiste sur la nécessité de reconnaître la marge d'autonomie dont dispose l'individu ainsi que sur le caractère déterminant de la « relation » dans la progression de l'individu en traitement. Néanmoins, ces « principes » peinent être adoptés dans les pratiques ce qui questionne l'aptitude d'autrui – ici les soignants –, à se les approprier.

Chapitre II

UNE ENQUÊTE

Parmi tous les angles de vue qu'il est possible de porter sur la sortie de la toxicomanie, nous avons choisi d'éclairer celui qui émane de l'individu. L'ensemble de notre réflexion est construite sur la base des orientations qui commandent les perceptions et les conduites individuelles. Nous souhaitons dégager les caractéristiques de la sortie. Fonder des catégories évaluatives n'est pas notre propos. Nous cherchons à saisir tout ce qui, pour l'individu, est significatif d'un processus de sortie. Nous nous intéressons à la subjectivité du discours. Nos analyses prennent place dans le cadre d'une sociologie compréhensive. Le chercheur ne s'y pose pas en observateur extérieur. Il travaille à entrer si ce n'est totalement dans le point de vue de son interlocuteur, en tout cas en confiance avec ce qui lui est livré. Ce faisant, il accède à ses représentations, pénètre l'univers de sens qui oriente ses comportements et se donne les moyens de décrypter ses logiques d'actions. Relativement à notre objet, l'adoption d'une approche compréhensive menée à partir d'entretiens relevait de l'évidence. Mais cet axe de recherche s'est aussi imposé par notre désir de faire émerger une parole singulière, là où, s'agissant de toxicomanes, la présence d'un sujet est *a priori* discutable. Nombre d'idéologies véhiculent des catégories productrices d'une identité stéréotypée du toxicomane : individu, il est soumis à l'hétéronomie, sujet, il est psychiquement perturbé. Nous avons précisément souhaité aller à l'écoute d'un sujet que l'on dit inexistant.

Ce choix méthodologique est incontournable pour approcher un niveau de réalité parmi tous ceux qui caractérisent les usages de drogues. Mais il nous a aussi contraint à écarter des questions essentielles comme celle de l'incidence de l'origine sociale des personnes rencontrées sur leurs trajectoires. Outil privilégié de nos investigations, l'entretien sociologique présente aussi des limites. En effet, la sortie de la toxicomanie est un processus qui s'étend sur plusieurs années. Dès lors, l'organisation d'un suivi d'individus paraît être la méthode idéale pour en saisir l'expérience. D'autant qu'il n'est pas impossible de maintenir des contacts prolongés avec des consommateurs de drogues. L'ensemble des enquêtes sociologiques et ethnographiques menées auprès de toxicomanes non inscrits dans les circuits institutionnels en atteste[1]. Néanmoins, la mise en œuvre d'un tel suivi est coûteuse en temps. Nous en avons fait l'expérience au début

[1] Pour une revue d'un grand nombre de ces études voir, Ehrenberg, A., (textes réunis par), *Penser la drogue, penser les drogues.* « Etat des lieux » (Vol I), Descartes « *sciences* humaines », 1992.

de notre enquête et les délais impartis pour la réalisation de notre thèse nous ont contrainte à y renoncer. Ainsi, un an après une première série d'entretiens nous avons cherché à revoir les individus interviewés. Deux tiers d'entre eux suivaient un traitement méthadone dans des centres parisiens, l'autre tiers dans un centre bordelais. A Paris, quand nous avons tenté de les recontacter, 12 personnes avaient quitté le centre, certaines poursuivaient le traitement en médecine de ville. Nous ne disposions pas de leurs coordonnées personnelles. Afin de les retrouver, nous avons sollicité les équipes soignantes. Connaissant les nouveaux médecins traitant, elles ont accepté de leurs transmettre la lettre que nous avions adressée à chacune d'entre elle. Ce protocole s'est révélé d'emblée très long. De plus, nous ne pouvions nous rendre suffisamment souvent à Paris sans affecter l'efficacité des démarches de terrain que nous menions auprès de patients suivis en médecine de ville à Bordeaux. En conséquence, nous n'avons pas poursuivi cet axe de recherche. Nous avons centré notre enquête de terrain sur la rencontre ponctuelle d'individus en entretien.

I) Sortir par les traitements

Le contexte de sortie que nous privilégions dans notre recherche est celui d'un cadre traitement particulier : les traitements de substitution. La sortie peut survenir à la suite d'interventions judiciaires, d'une désintoxication, grâce à un autre type de traitement ou en dehors de cadres institutionnels. Idéale, la confrontation de l'ensemble des modalités de sortie n'en demeure pas moins particulièrement délicate à mener ne serait-ce que parce que l'ampleur du terrain de l'enquête suppose l'investigation d'une équipe de chercheurs, ce qui n'a pas pu être organisé pour notre propre enquête. Notre approche est partielle également parce qu'on peut raisonnablement penser que les sorties institutionnelles concernent une minorité d'usagers de drogues, éventuellement les plus en difficultés. On peut faire l'hypothèse que nombre d'usagers parviennent à maintenir leur consommation de drogues sans sortir à l'excès des cadres de sociabilité courants ni perdre totalement le contrôle de leur consommation. De ce fait, ils demeurent dans une déviance cachée et renoncent à leur consommation de drogues en s'appuyant sur des supports sociaux ordinaires ou personnels. On peut aussi penser que les toxicomanes présents dans les structures institutionnelles subissent une sélection liée à un traitement différentiel de la déviance (Cicourel, A., 1968). Les organes de contrôle

social seraient poussés à concentrer leur attention et condenser leur action sur des « groupes cibles » conçus *a priori* comme sujets à la déviance.

Nous n'avons pas restreint le champ de notre enquête aux traitements de substitution simplement par défaut. En France, la mise en œuvre de ce type de traitement est récente. Henri Bergeron rappelle qu'en 1994, le dispositif sanitaire reste encore principalement orienté sur les objectifs curatifs d'abstinence (1999). Les traitements de substitution engagent une définition de la toxicomanie, des toxicomanes et, partant, des modalités de sortie de la toxicomanie qui tranchent d'avec les conceptions traditionnelles centrées sur le modèle de l'abstinence. En conséquence, confronter l'expérience du traitement à ces idéologies nouvelles nous est apparu tout naturellement intéressant.

Par ailleurs, les résistances françaises à l'instauration de ces modalités thérapeutiques dépassent l'opposition somme toute légitime des intervenants en place qui disposaient d'un monopole d'intervention en la matière[2]. Au tournant des années 1980, la politique des drogues et toxicomanies s'est heurtée au changement des pratiques, de la population et des incidences sanitaires et sociales de l'usage de drogues. Chacune des finalités inscrites dans ce qu'Alain Ehrenberg appelle un « triangle d'or » – « l'abstinence comme idéal normatif, la désintoxication pour ceux qui ont subi l'attrait des paradis artificiels, l'éradication des drogues de la société comme horizon politique » (1996, p. 6) – s'est révélée en inadéquation avec les nouvelles réalités de terrain. L'ampleur des contaminations aux virus du sida et des hépatites chez les toxicomanes ainsi que la diffusion de la consommation de drogues à toutes les couches de la population ont créé une véritable urgence sanitaire. Un bouleversement des modèles de régulation à l'œuvre s'est imposé[3]. La norme d'abstinence et la recherche de l'éradication des drogues ont été relativisées au profit de préoccupations plus limitées et plus pragmatiques : la réduction des risques sanitaires et le contrôle social des usages[4].

---

[2] Cette opposition ne peut être saisie simplement sous l'angle d'une lutte « catégorielle » opposant les intervenants en toxicomanies aux nouveaux acteurs entrés dans le champ. Henri Bergeron montre brillamment combien la résistance des intervenants traditionnels repose sur un système « cognitif » qui les empêchait de concevoir la pertinence de ces nouvelles thérapeutiques. Voir *L'état et la toxicomanie. Histoire d'une singularité française.* Paris, PUF, 1999.

[3] A ce propos, le rapport élaboré à la demande de Simone Veil sous la direction du Professeur Henrion a été décisif dans la réorientation de la politique en faveur de la réduction des risques. Voir *Rapport de la commission de réflexion sur la drogue et la toxicomanie,* Paris, La Documentation Française, 1995.

[4] Dans son dernier ouvrage, Anne Coppel rend compte de la lente et difficile transformation des pensées et orientations régissant la politique des drogues et toxicomanies jusqu'à l'adoption des principes de la

Les traitements de substitution comptent parmi les nouveaux « outils » de la politique des drogues et toxicomanies. Si l'on prend acte de cet arrière plan de l'émergence de la substitution en France, alors le choix de ces modalités thérapeutiques révèle un intérêt sociologique évident.

Malgré tout, notre choix des traitements de substitution est pour partie un choix par défaut. Entrer en contact avec les toxicomanes qui ne circulent pas dans les réseaux institutionnels soulève des difficultés de taille puisque ces toxicomanes sont par définition invisibles. A moins de disposer d'une connaissance personnelle de ce type d'usagers puis d'un temps suffisant afin de mener un recrutement par la méthode dite de « boule de neige », il est impossible de former un échantillon d'enquête. Les délais impartis pour l'élaboration d'une thèse nous on fait renoncer à ce type d'investigation.

II) Le travail du chercheur

Toute démarche scientifique confronte le chercheur à la production d'une distance réflexive par rapport à ses données, leur constitution, leur construction. Le gage de scientificité passerait par la maîtrise, toujours relative, des tâtonnements et plus encore de l'irruption d'une subjectivité tenue pour entrave au raisonnement. Parmi d'autres méthodes d'investigation sociologique, l'entretien paraît à l'évidence nécessiter ce travail de maîtrise. Avec peut-être plus d'acuité encore, quand l'objet de la recherche se présente comme socialement émouvant ou éprouvant, parce que tourné vers une population marginale ou tenue dans des représentations sociales discriminantes. Le discernement paraît s'imposer aussi quand cette population est celle des toxicomanes, soit des individus *a priori* experts en matière de manipulation ou d'élaboration de mensonges, ou, moins tendancieux, des individus précisément malhabiles dans l'échange parce que ne pouvant exprimer une expérience synonyme de dépossession de soi. Le statut du discours tenu par l'enquêté compte parmi les questionnements du chercheur quel que soit le thème abordé. Ici, la réflexion pose néanmoins des difficultés particulières. Les modalités d'expression des toxicomanes comptent parmi les indices d'une subjectivité tout à la fois maintenue et entravée. Mais, en elle même, l'expérience de consommation de drogues peut être conçue comme un détachement progressif de

---

réduction des risques. *Peut-on civiliser les* drogues *? De la guerre à la drogue à la réduction des risques*, Paris, La Découverte, 2002.

cette capacité d'expression personnelle. Simple apparence ou traduction d'une dimension essentielle de l'expérience individuelle, le langage adopté paraît parfois enferré dans une artificialité quasi complète. Les individus n'ont pas de mal à parler, c'est plutôt la profusion de discours sur leur parcours qui est remarquable. Parfois, le propos paraît purement fonctionnel, commandé par la logique de la situation et non plus par une expérience personnelle à transmettre. Les événements du parcours sont déroulés sans plus d'émotions, presque mécaniquement. Routine liée aux multiples sollicitations sur ce parcours, absence relative de l'individu à son discours par souci de protection ou bien difficulté d'appropriation de l'expérience. Quelle que soit l'hypothèse retenue, le discours individuel se montre fortement déterminé par les constructions sociales de la toxicomanie. Dès lors, il trouble l'accès à la subjectivité. Les individus reprennent à leur compte les représentations communes, ils se présentent « comme » des toxicomanes. Et le chercheur de redouter la fourberie ou bien de ne pas se représenter l'individu qui porte ce discours. Les mises en garde contre le « baratin » si caractéristique des toxicomanes affleurent parmi les intervenants, les proches et plus encore dans les propos que les individus tiennent sur « les toxicomanes » ou sur leurs propres attitudes passées. Beau parleur, le toxicomane ne s'embarrasserait pas de relation. Il jouerait d'habileté sur tous les registres de l'affect pour s'attirer les bonnes grâces d'autrui. Ces stéréotypes sont à ce point fréquemment avancés que la méfiance devrait commander la posture adoptée par l'interlocuteur face à ces professionnels du discours. Cela revient, à l'échelle de l'entretien, à rejouer le type de relation d'usage avec les toxicomanes. Le chercheur ne doit pas se faire berner. Il doit veiller à rester celui ou celle qui guide l'entretien, maître de soi. Si l'interviewé entre dans une attitude de séduction, magnifie son propos, le chercheur saura reconnaître de tels écarts qu'il ignorera ou qui lui permettront de confirmer la mauvaise foi des toxicomanes. L'individu peut souligner ses vertus morales, s'auto-glorifier, verser dans le pathos en insistant sur ses sentiments, sensations ou sur les traumatismes physiques et psychiques endurés. Le chercheur est alors conduit à « soupçonner tant l'authenticité du discours que l'identité entre l'enquêté et la personne dont il retrace l'expérience » (Pollak, M., 2000).

Si une forme de détachement s'impose, il s'agit de celui qui sied à toute investigation scientifique. Mais on ne saurait le redoubler de méfiance parce qu'il s'agit de toxicomanes à moins d'être pris au piège de constructions sociales qu'il s'agit précisément de tenir à distance. Autrement dit, si le chercheur se doit d'accorder

quelque crédit au soupçon, c'est pour l'analyser en tant que tel. Il fait partie de ses représentations – ou prénotions –, comme des anticipations des individus. Rechercher une prétendue « vérité » derrière les propos livrés, n'est pas l'objectif visé et n'a pas beaucoup de sens s'agissant d'entretiens sociologiques. On ne saurait accéder à la signification que donne l'individu à sa situation si l'on interprète le moindre de ses propos en référence à une déficience quelconque ou si l'on tient son discours pour un tissu de stéréotypes. Quand les stéréotypes abondent, c'est au chercheur de comprendre quelle est la fonction qu'ils jouent dans l'entretien et la place qu'ils occupent dans l'expérience de sortie de la toxicomanie. Forment-ils un passage obligé dans l'échange ? L'individu inscrit-il son expérience dans le cadre cognitif supposé de son interlocuteur ? Inversement, est-il prisonnier de ces catégories impersonnelles ? Exact contraire de la défiance, le chercheur doit prendre au sérieux les propos livrés même pour en souligner le caractère factice si tel est le cas. Ici, le travail consistera alors à expliciter et non pas balayer sans plus de réflexion cette dimension du discours. Opter pour la défiance c'est coller aux constructions sociales de la toxicomanie, étrangères à l'idée d'une subjectivité individuelle. C'est aussi cantonner l'entretien dans un cadre fermant tout possibilité de relation intersubjective.

En conséquence, si le chercheur doit se prémunir d'un excès de subjectivité c'est d'abord celle qui est pétrie des jugements ou préjugés inscrits dans les représentations sociales de la toxicomanie. Il s'agit de « travailler » ce point de vue subjectif acquis pour construire un point de vue encore une fois commandé par une subjectivité mais de celle qui peut être mise en relation puis servir la réflexion. Pas de recette en la matière, d'autant que ce « travail » relationnel est partagé. Le chercheur et les interviewés doivent s'écarter d'une attitude campée sur un face à face où l'identité sociale de toxicomane fait obstacle à l'échange.

Quand le chercheur fait part du travail de contrôle investi dans l'élaboration de son matériau, c'est souvent à l'endroit des obstacles manifestés par la personne interrogée. Il se livre plus rarement à l'examen de ses propres dérives. Non pas celles qui tiennent à la révision de ses postulats ou hypothèses mais celles qui sont liée à la dimension subjective partie prenante du travail de terrain. Le chercheur se garde souvent d'évoquer tout ce qui, de l'ordre de l'affect, intervient dans la constitution de son objet. Plus rarement encore, il dit travailler avec ces affects nécessairement investis dans l'échange.

Comme si ces affects ne se situaient que du côté de la personne interrogée, comme si le chercheur était forcément capable de les déceler puis de les neutraliser sans difficulté. D'autant plus ici, que les prétendues dérives émanent de toxicomanes soit des individus dépourvus de toute maîtrise de soi ou alors pour embobiner le chercheur. Pourtant, « la perception d'une situation est influencée de façon radicale par la personnalité du sujet percevant » (Devereux, G., 1980). L'objectivité comme la capacité d'observation sont toujours partielles et jamais situées uniquement du côté du chercheur. Celui ci doit apprendre à travailler avec son interlocuteur conçu comme un individu capable de l'observer et, par là, de participer à la réflexion. En renvoyant le chercheur à la subjectivité de son point de vue, l'individu interrogé participe de manière décisive à la construction de l'analyse. Il permet au chercheur de sortir des ornières d'une prétendue supériorité de son regard parce que (soi-disant) tout entier pétri de savoirs.

L'influence de la subjectivité du chercheur exerce nécessairement des biais dans la formation du matériau puis dans l'analyse de ce matériau. Mais la prise de conscience et l'acceptation de cette influence subjective, est, si l'on suit Devereux, la seule manière de minimiser les biais introduits par cette perception particulière ou intime. Le chercheur ne pourra jamais totalement objectiver l'influence que sa personnalité exerce sur ses perceptions puis dans la construction du raisonnement. Mais une réflexion sur cette subjectivité atténue son incidence dans l'analyse. A moins d'opter pour un objet de recherche qui ne suppose pas d'investigation de terrain, voire pas de contact avec du matériau vivant (Devereux, G., 1980), on peut considérer que le chercheur fait partie de la recherche et d'autant plus quand il travaille sur du matériau humain. De plus, ce sont ces « dérives » et ces affects qui le surprennent en premier lieu, bien plus que la confrontation des hypothèses préétablies à son terrain de recherche. Loin de se réduire à un quelconque solipsisme, ces morceaux de subjectivité font partie intégrante de la recherche. Il serait donc maladroit de chercher à s'en débarrasser en les reléguant au rang d'anecdotes. Ils forment ces « petits faits vrais[5] » qui fondent l'élaboration théorique. La personnalité du chercheur est source de perturbation, mais chercher à l'ignorer augmente les déformations d'une analyse jamais totalement objective.

Dans le cadre de notre recherche, nous n'avons pas eu le choix de faire l'économie ou non de la présence de cette subjectivité du chercheur. En effet, il semble que les individus rencontrés se sont très peu livrés à un chercheur. Ils ont plutôt accepté de

[5] Selon l'expression de Flaubert.

parler à une jeune femme apparemment gentille ou inoffensive. A première vue, cette perception du chercheur pressentie dans le regard de ses interlocuteurs ou bien ouvertement manifestée, situe l'échange dans un cadre plus personnel que scientifique. En apparence toutefois, puisqu'il est somme toute évident de noter que l'on a d'abord affaire à une personne avant de se positionner par rapport à un statut ou bien que le rôle que l'on endosse n'est jamais totalement désincarné. Le travail du chercheur consiste à tenir son statut non pas malgré mais avec sa personnalité. « C'est la personne et non le chercheur qui négocie l'entrée sur un terrain, qui doit inspirer une confiance suffisante : au minimum, il ne doit pas nuire, il doit montrer qu'il comprend. Cette négociation, le chercheur la mène avec son histoire, ses expériences personnelles et professionnelles, ses choix de vie, ses sympathies » (Coppel, A., 2002, p. 112). Le statut que nous ont attribué nos interlocuteurs parle sans doute pour la séduction partie prenante de rencontres interpersonnelles mais il s'agit ici d'une inclination à la confiance. Relativement à nos objectifs de recherche, l'enjeu de chaque entretien consistait précisément à établir un échange fondé sur la promesse que les propos individuels seraient retenus pour eux mêmes, sans défiance. On ne peut espérer recevoir ou entendre le récit d'une expérience personnelle si l'on ne gratifie l'individu d'aucune honnêteté ou clairvoyance ou si l'on se pose comme doté d'un discernement supérieur au sien.

Le visage qui nous été alloué nous a permis de mener les entretiens de manière plus scientifique qu'ils ne l'auraient été sans cela. Pour l'empathie propice à l'échange dont il était synonyme et pour l'absence de barrière statutaire qu'il signifiait. Nous n'étions pas une intervenante de plus à même de faire intrusion dans l'expérience personnelle de l'individu. Chercheur, nous prenions place dans une nébuleuse indifférenciée, celle de tous les intervenants ayant déjà sollicité l'individu ou se pressant autour des patients d'un traitement nouveau. Chercheur en sociologie nous étions d'emblée assimilée à une psychologue, autant dire, un statut souvent dédaigné. Mais, dans un cas comme dans l'autre, insister sur notre position de chercheur signifiait l'attribution d'un statut de cobaye à nos interlocuteurs. La présentation détaillée de notre objet de recherche étant souvent balayée sans plus d'intérêt ou reçue dans la suspicion. Nous avons donc rapidement limité notre présentation au plus simple et investi notre statut attribué de jeune femme sympathique. Cette position allouée signifiait que les individus étaient sans doute les plus à même de nous faire accéder à une compréhension de leur expérience. En tout cas, ils souhaitaient se présenter comme tels. Il ne s'agit pas

ici de tomber dans une subjectivité inversée, celle qui ferait de la personne interrogée la seule capable d'observation ou de réflexion. Mais le rééquilibrage des points de vue est sans doute d'autant plus heuristique qu'il « casse » la barrière entre le commun et « les toxicomanes » instituée par les constructions sociales de la toxicomanie. En conséquence, cette reconnaissance du point de vue de l'individu est aussi reconnaissance de son identité personnelle, ce qui permet au chercheur comme à l'individu d'établir un espace d'échange non totalement usurpé par les constructions sociales de la toxicomanie. Rares au moment de notre présentation, les questions sur le détail de notre recherche sont plus souvent venues à la fin de l'entretien.

L'ensemble des entretiens que nous avons menés a compté avec la recherche d'un positionnement propice à l'échange. Ce travail a gagné en fluidité à mesure que nous progression sur le terrain. Paradoxalement, il nous a fallu tout d'abord nous déprendre d'un volontarisme quelque peu forcé quant à considérer sans conteste les personnes rencontrées comme des sujets. Non pas que ce point de vue ne puisse être tenu mais parce que l'intransigeance de notre position masquait les préjugés dont nous ne nous étions précisément pas affranchie. Notre positionnement s'avérait donc inadéquat pour entendre la présence et les propos de ces sujets, d'autant qu'une empathie sans grande limite formait le pendant de notre volontarisme. Si l'empathie est nécessaire à l'établissement d'une relation, ici, il s'agissait de trouver « la juste mesure ».

Pour étrange que cela paraisse, tout au long des premiers entretiens nous avons mis de côté la dimension non pas essentielle mais directement apparente de la consommation de drogues : son expression ou ancrage dans le corps. Cette forme de « black out » était à la mesure de l'effroi que nous inspiraient les marques corporelles de certains de nos interlocuteurs. Nous avons finalement cherché à nier leur disgrâce : les traces laissées sur les bras ou, plus fréquemment, sur les dents noircies et elles mêmes trouées. Remarquer ces atteintes corporelles, exprimer ou même ressentir une gêne, aurait signifié une forme de rejet. Or, de manière volontariste, nous souhaitions éviter de poser quelque distance que ce soit. Eviter à tout prix de signifier la différence. Rester neutre, faire comme si ces marques n'existaient pas. Quoi de plus banal que de s'injecter de l'héroïne ? Relever la présence d'une veine sclérosée reviendrait à diaboliser les toxicomanes, en faire des monstres. Tel est précisément ce dont nous cherchions à nous départir. Pourtant, notre perception de nos interlocuteurs était avant tout à la stupeur. Nous les considérions finalement comme des « extra terrestres », mi monstres mi

victimes ou bien étrangement ordinaires. Ainsi, nous avons pu nous étonner de la « normalité » apparente de ceux dont le corps n'avait visiblement pas souffert de la pratique : « il n'a rien de « spécial » », « elle n'a pas l'air toxico ». Sans nous en rendre compte, nous avons longtemps opté pour une attitude placide : « rien ne me choque, je peux tout entendre ». Surtout pas de méfiance et même, voire surtout, aller vers ceux que les médecins dépeignent comme des « cas lourds », « difficilement gérables », rebelles ou « complètement frappés ». Initialement, notre soupçon se tournait plutôt vers la terminologie médicale, particulièrement quand elle use d'euphémisme pour glisser ce qui n'est rien moins qu'un jugement de valeur. Pourtant, à entendre la présence de « cas lourds » dans la file de patients suivis, nous nous figurions des troubles psychologiques sans nom transformant certains individus en « forcenés délirants ».

A côté d'une appréhension que nous refusions de reconnaître, toujours de crainte de manquer de considération pour nos interlocuteurs, nous nous sommes laissée aller à une compassion sans grande limite. Ecoute attentive et infatigable, bienveillance du regard, mises en questions fort prudentes, accompagnées de « peut-être, je n'y connais pas grand chose mais... ». L'ensemble ponctué de sourires et rythmé par des « oui....oui... ». Entre la pitié et l'absorption de « la misère du monde » (Bourdieu, P., 1993), notre positionnement revenait finalement à enfermer l'autre dans sa différence. Il nous empêchait dans le même temps d'être présente comme chercheur au cours de l'entretien. Ici, l'équilibre entre une observation scientifique et les émotions suscitées par l'exposition d'un parcours de vie peu ordinaire n'était pas encore installé. Notre adhésion aux constructions sociales de la toxicomanie s'exprimait de manière inversée, sous la forme d'un romantisme naïf. Nous nous tenions dans une posture de proximité sans partage et nos interlocuteurs disposaient d'un excellent réceptacle pour s'épancher. Certains entretiens ont ainsi pu tourner à la débauche de paroles.

Il n'empêche. Notre positionnement lors d'une première série d'entretiens, nous a fait rencontrer le « gigantesque besoin de s'exprimer » (Morin, E., 1984, p. 238) de nos interlocuteurs, corollaire de leur désir de réhabilitation, de reconnaissance, corollaire aussi de leur capacité d'expression. L'expérience de terrain a paradoxalement eu raison de notre volontarisme. Nous avons comme « découvert » cette capacité d'expression individuelle, certes ténue et prise dans les rouages de constructions sociales discriminantes intériorisées. Les propos individuels ne se sont jamais réduits à l'oscillation entre construction d'une face et déroulement d'un discours « prêt à

l'emploi » parce que déjà exposé face à de multiples interlocuteurs. L'évocation de la toxicomanie n'a jamais consisté en un simple décalque d'un récit déjà produit à de multiples occasions. Même déjà entendues, nos questions étaient manifestement prises au sérieux, comme on cherche à « faire comprendre » ou bien parce que « ça fait du bien » de pouvoir en parler. Parfois stéréotypés, les propos individuels n'en étaient pas moins partie prenante d'une quête de reconnaissance personnelle. Les stéréotypes partie prenante de la construction d'une face, ne peuvent être tenus pour des ratiocinations vides de sens. L'individu n'y livre sans doute pas la « vérité » de son parcours mais il réinterprète son passé sous le regard d'un autre qui devient alors, à ses yeux, le garant d'une nouvelle image de soi.

Plus que l'expression d'une mauvaise conscience, les postures initialement adoptées manifestent plus largement le poids d'un imaginaire enfermant les individus dans une identité qui incline à la peur, au dégoût ou à la fascination, autant de sentiments empêchant l'instauration d'une relation. Initialement, le chercheur n'est pas tant chercheur que porteur de cette imaginaire pétri de stigmates. Corollaire de ce positionnement, il rencontre « des toxicomanes », soit des individus qui avancent cette identité sociale bardée de stigmates plutôt que de se présenter comme des individus à part entière. Sans doute parce que les individus « jouent les toxicomanes » mais aussi parce que le chercheur se refuse à les percevoir autrement. L'altérité de l'individu est ici source d'angoisse mais l'angoisse tient aussi à l'absence d'étanchéité radicale entre le chercheur et la personne interrogée. L'individu est sans doute « perturbé » ou porteur d'une expérience déroutante. Cela ne lui ôte pas son statut de sujet percevant à même de renvoyer le chercheur à l'ambiguïté d'un positionnement jamais totalement commandé par la volonté de produire un savoir scientifique. L'individu ne manque pas de rappeler au chercheur qu'il reste une personnalité guidée par une volonté de pouvoir quand il se fait intervenant auprès de toxicomanes, ou bien poussé par un goût pour les sensations fortes. Et l'on peut penser que c'est ce type d'angoisse née d'un tel *feed back* qui pousse le chercheur à se raidir dans son statut de chercheur et l'individu à jouer le toxicomane. Pourtant, à quelques exceptions près, le face à face ne tient pas et la crispation de part et d'autre de l'identité de toxicomane cède quelque peu, permettant l'entrée dans un échange personnalisé. Ce travail relationnel est mené conjointement. Et ce n'est pas

forcément le chercheur qui amène l'individu à s'écarter de cette identité sociale empêchant d'aborder son expérience personnelle.

A trois reprises, ce sont les individus qui ont brisé notre crispation derrière cette identité sociale. Trois individus tout d'abord fortement installés dans cette présentation d'eux-mêmes. Le premier a tout d'abord cherché à susciter en nous la peur par lui-même méprisée mais fréquente dans l'appréhension commune de la toxicomanie. Parfaitement réussie, sa représentation nous a installée dans un malaise qui nous a fait reculer. Nous avons cherché à mettre fin à l'entretien plus tôt qu'à l'accoutumée. L'échange a basculé : « *Je vais cesser de vous déranger avec mes questions / mais vous ne me dérangez pas du tout mademoiselle ».* Changé en parfait gentleman, il a proposé de poursuivre. Un autre a tenu nos questions à distance en adoptant un ton morne et ne livrant que quelques mots en guise de réponse. Même gêne, même proposition d'arrêter l'entretien puis même « scénario » : *« Non non, on peut continuer, ça ne me dérange pas du tout ».* S'agissant du troisième, nous avions renoncé avant même de proposer un entretien. Un échange informel dans la salle d'accueil d'un centre méthadone nous donnant l'impression de rencontrer l'un de ces « cas lourds » évoqués par les médecins, mais trop « lourd » pour le coup à nos yeux.

Compréhensible, notre réaction n'en était pas moins regrettable. Nous avons eu l'occasion de rattraper ce faux pas. En restant dans la salle d'accueil, nous avons plusieurs fois échangé de nouveau avec lui. Notre appréhension initiale est tombée et nous lui avons proposé de faire un entretien. Les deux heures passées en sa compagnie dans une salle du centre constituent un de ces grands moments qui émaillent toute recherche. Renversant le caïd. Par l'habileté de ses logiques dont « sa maladie des nerfs » comme il aime à désigner sa douce folie, n'ôte rien à l'acuité. Pour les éclats de rire aussi, provoqués par le récit de déboires pourtant peu comiques mais présentés avec force d'humour. Par là, notre interlocuteur témoignait d'un détachement d'autant plus remarquable qu'il servait la présentation de situations absurdes ou humiliantes.

Il ne nous a pas été difficile d'obtenir des entretiens. En revanche, notre travail de recherche a d'abord été travail de détachement de l'ensemble des préjugés véhiculés par les constructions sociales de la toxicomanie. En nous refusant un statut de chercheur, les individus nous ont finalement aidée à nous débarrasser du sentiment de supériorité que nous lui associons avec mauvaise conscience initialement. Cette prise de conscience

nous a permis d'agir plus librement, de ne plus nous ranger parmi les « normaux » confrontés à des individus pitoyables ou effrayants. Et c'est ce qui nous a permis de mener en entretien un véritable travail de recherche.

III) L'enquête par entretiens

III.1) Les personnes interviewées

Nous avons mené 63 entretiens dont 5 avec des personnes revues à un an d'intervalle. 3 entretiens ne sont pas exploitables. 7 personnes de plus ont accepté un rendez-vous avant de ne pas s'y rendre pour 3 d'entre elles, de se raviser pour 3 d'entre elles ou bien d'être dans l'incapacité de parler pour la dernière.

34 des personnes de notre échantillon étaient suivies dans un centre méthadone, 24 par un médecin généraliste. Sur l'ensemble des personnes rencontrées nous comptons 27 % de femmes et 73 % d'hommes. L'âge moyen est de trente ans, il varie de 22 à 53 ans. Un tiers des individus rencontrés a un ou plusieurs enfants. Plus d'un 1/3 a un niveau scolaire égal ou supérieur au baccalauréat, l'autre moitié n'ayant pas poursuivi leurs études jusque là.

Dans leur grande majorité, les individus ont eu l'héroïne comme « drogue de prédilection ». Tous ont cependant consommé de nombreux autres produits – alcool, haschich, cocaïne, médicaments psychotropes –, à des fins de « défonce », de sevrage ou d'auto-substitution. La voie intraveineuse est la modalité d'ingestion des drogues pour une grande majorité des personnes rencontrées.

Le temps de consommation de drogues dépasse le plus souvent dix ans, ce qui ne signifie pas une consommation quotidienne, constante et continue durant toute cette période. Malgré tout, les individus font partis des toxicomanes dits « à problèmes » dans la mesure où leur pratique n'a pas pu être contenue dans une forme « socialisée », c'est-à-dire « gérée » et invisible aux institutions sanitaires et/ou de répression.

Les situations professionnelles des individus au moment de l'entretien et les parcours professionnels antérieurs varient d'un individu à un autre. 18 personnes disposaient d'un emploi au moment de l'entretien. D'autres avaient renoncé à travailler avant le traitement ou bien avaient été placés en arrêt maladie au début du traitement. Cette mise en arrêt maladie correspondant pour certains à une pratique soignante en vigueur dans l'un des centres méthadone visité.

Près de 37 % des personnes de notre échantillon ont exercé une activité professionnelle de manière continue tout au long de leur toxicomanie. 3 poursuivaient des études. Pour 30 % des personnes rencontrées, le parcours professionnel a été émaillé de périodes de chômage ou d'incarcération. Un peu plus d'1/3 a rarement travaillé et 8 personnes se sont essentiellement investies dans le trafic de stupéfiants entre autres activités délinquantes. Les statuts professionnels sont fort diversifiés : infirmier(e), coiffeuse, professeur de physique, barman, décorateur, électricien, éducateur, couvreur… Nous avons également rencontré une étudiante (au moment de l'entretien) et deux « dealer professionnels ».

Cette diversité se retrouve également dans les incidences du parcours de consommation de drogues. Beaucoup ont été interpellés par la police, certains incarcérés (21), d'autres, minoritaires (8), ont maintenu leur consommation sans jamais côtoyer quelque institution répressive que ce soit.

Le temps de traitement de substitution varie de 15 jours à 7 ans. Il n'est toutefois pas possible de mesurer le temps effectif de traitement dans la mesure où beaucoup de personnes avaient déjà débuté un traitement (sevrage, substitution à d'autres produits prescrits ou non) avant d'entrer en traitement de substitution dans un centre ou chez un médecin généraliste.

Ces quelques éléments ne visent pas la description exhaustive d'un échantillon représentatif des toxicomanes ou des individus en traitements de substitution. S'agissant « des toxicomanes » l'objectif est illusoire puisque la majeure partie des usagers de substances illicites est inconnue. S'agissant des patients sous substitution l'entreprise reste quelque peu aléatoire tant il est difficile de rapporter de manière satisfaisante le profil de l'ensemble des usagers en traitement. Les variables classiques telles que l'âge, le sexe, la nationalité etc. sont aisément identifiables mais la construction de profils fiables nécessite l'établissement de diagnostics beaucoup plus complexes. A cet effet, des instruments d'évaluation ont été élaborés qui parent relativement à cette difficulté[6].

[6] Parmi eux, l'Addiction Severity Index (ASI), fournit une base d'appréciation parmi les plus performantes actuellement. Il s'agit d'un instrument d'évaluation multifactorielle de la dépendance. Celle-ci est mesurée à partir de plusieurs critères dits « scores de gravité » : usage de drogues et d'alcool, état médical, état psychiatrique ou psychologique, situation légale, relations familiales, emploi et ressources. Chacun de ces scores de gravité est soumis au recueil d'informations objectives et à une auto-évaluation. Pour une présentation détaillée voir Auriacombe M., Franques P., Martin C., Grabot D., Daulouède JP., Tignol J, « Traitement de substitution par méthadone et buprénorphine pour la toxicomanie à l'héroïne », *Toxicomanie, Hépatites, sida,* Les empêcheurs de tourner en rond, Guffens, 1994.

Mais la constitution de données sur les patients pâtit de la diversité des méthodes de recueil utilisées. Par ailleurs, nous ne visons pas l'exhaustivité. Nous cherchons simplement à fournir une image de l'hétérogénéité des situations personnelles et sociales des individus.

III.2) Le recueil du matériau

Proposer l'entretien

Les toxicomanes passent pour une population difficile d'accès. Ceux-ci n'auraient ni heure, ni agenda, encore moins de parole. S'ils s'engagent à venir à un rendez-vous il faudrait s'attendre à ce qu'ils n'y soient pas. Nous n'avons pas eu à pâtir d'une prétendue incapacité à « tenir parole ». Exception faite de trois personnes qui ne sont pas venues le jour du rendez-vous, l'ensemble de nos requêtes a été suivie d'un entretien. Trois personnes rencontrées se sont ravisées après avoir accepté l'entretien manifestant leur crainte de n'avoir « rien à dire ». Une autre nous a accueillie chez elle, mais a rapidement été envahie d'émotions l'empêchant de parler. De notre point de vue, revenir sur sa décision ne peut être ramené à une difficulté « caractéristique » des toxicomanes à s'engager. Telle était en la circonstance l'interprétation des soignants suivant ces personnes. La proposition d'entretien peut parfois ne plus poser question au chercheur. Pourtant, la démarche reste quelque peu saugrenue. En tout cas, elle peut être perçue comme telle par les personnes sollicitées. Et c'est plutôt l'aisance avec laquelle l'ensemble des personnes rencontrées a accepté l'entretien qui a retenu notre attention. D'autant qu'une telle sollicitation apparaît parfois totalement insolite voire déplacée, aux yeux du chercheur cette fois ci. Tel a été notre sentiment quand nous avons demandé à Baptiste s'il acceptait d'être interrogé. Nous l'avions choisi pour son âge avancé relativement à la trentaine majoritaire dans les centres de soins pour toxicomanes. Blouson de cuir et santiagues, la tête entre ses mains, il se tenait à l'écart des bavardages de la salle d'accueil. Au moment où nous prenions place à ses côtés pour nous présenter nous avons regretté notre démarche. Notre échange n'a pas duré plus de quelques secondes. Continuant de soutenir sa tête, il s'est tourné vers nous le temps d'acquiescer à notre proposition d'entretien et avant de retrouver un mutisme sans appel.

Il est toujours possible et même recommandé de vanter l'intérêt d'une recherche. Flatteurs même, ces regards impressionnés par la bravoure de celui ou celle qui se lance sur un terrain périlleux. Ce jour là, notre conduite nous a pourtant paru totalement

inopportune. Difficile en effet de ne pas sursauter devant le contraste creusé entre nos préoccupations et celles de Baptiste. Nous ne connaissions rien de lui mais la pesanteur fatiguée de sa voix parlait pour ses souffrances morales du moment. Rendez-vous était pris pour la semaine d'après. Nous étions tellement persuadée que notre requête s'était perdue dans ses pensées que nous avons sursauté de nouveau quand il nous a lancé, affable, un « mademoiselle nous avons rendez-vous je crois ».

Cet exemple illustre la prégnance des constructions sociales de la toxicomanie et leur traduction dans les interactions nouées avec les toxicomanes. Ici, ce n'est pas l'individu qui échappe à tout appréhension, mais bien le chercheur qui le tient dans une distance circonspecte. Et l'on peut imaginer que ce mouvement de recul participe des interactions courantes où le commun tient les toxicomanes pour des individus particuliers, évoluant sur « une autre planète ».

La facilité avec laquelle nous avons obtenu des entretiens est pour partie relative au contexte de recueil du matériau. Pour les patients des centres méthadone, notre présence prolongée dans les lieux rendait nos interlocuteurs concrètement abordables. De plus, les soignants nous ont parfois présentée aux patients. Certains ont donc pu accepter l'entretien en y voyant une sorte d'obligation ou plus simplement pour faire plaisir ou ne pas décevoir. Pour réduire les biais liés à cette médiation, nous nous sommes efforcée de ne pas tenir compte des critères parfois avancés par les soignants pour nous désigner ceux qui leur semblaient à même de correspondre à nos attentes. Dans l'un des centres méthadone visité cela n'a pas été possible, l'accès aux patients étant conditionné par une liste de personnes établie par l'équipe. La rencontre des personnes suivies en médecine de ville a été tributaire de l'intervention des médecins. Ceux-ci proposant à leur patients de nous rencontrer avant de nous communiquer leurs coordonnées en cas de réponse positive. Ici, nous avons chaque fois précisé aux médecins que nous n'avions pas de critère de sélection et que nous souhaitions, dans la mesure du possible, rencontrer un peu tous les profils : âge, sexe, début de traitement ou traitement avancé, activité professionnelle ou pas, « cas » estimé « lourd » ou « léger »… Cette dernière précision suscitant parfois étonnement et mises en garde : « J'en ai bien un à vous proposer mais il est plutôt grave ». « Ah oui, vous pouvez la voir sans problème mais elle est complètement folle ». Sans mettre en cause les pathologies mentales parfois mentionnées par les soignants, les entretiens menés avec les personnes concernées ont toujours été riches d'enseignements relativement à notre

objet d'étude, exception faite de deux d'entre eux qui se sont révélés inexploitables. Là, l'échange a été totalement impossible. Les personnes ne cessant de parler sans jamais répondre à nos questions et sans que nous puissions suivre leurs propos.

Le lieu

Nous avons mené les entretiens dans différents lieux : salle d'un centre méthadone (16), café situé à proximité ou bien convenu par téléphone (24), domicile de l'individu (23). Pour les patients des centres méthadone, nous souhaitions, autant que possible, mener l'entretien en dehors de l'institution. Nous avons donc proposé un café ou le domicile tout en laissant la décision à l'individu.

3 entretiens ont été des entretiens de couple, 6 autres ont été réalisés en présence de la compagne de la personne interrogée. Chaque fois, la compagne manifestait un soutien attendu de l'individu oscillant entre réconfort ou caution parfois de l'image de soi livrée au cours de l'entretien. La compagne s'avançant comme une « garantie » que l'individu n'avait plus « rien à cacher » ou ne devait plus rien « cacher ».

Mener l'entretien

La grande majorité des entretiens a duré 2 heures ou plus. Cette durée s'est tout d'abord imposée quant au type d'entretien mené puisque nous souhaitions recueillir avec le plus de précision possible, le parcours de vie des personnes rencontrées. Par la suite, nous avons resserré les entretiens autour du traitement, sans pour autant laisser de côté ce qui s'était passé avant l'entrée en traitement. Là, certains individus ont d'eux-mêmes longuement évoqué leur toxicomanie, « comme s'il fallait en passer par là ».

La structure de notre guide d'entretien a croisé un questionnement chronologique et thématique. Nous avons opté pour des entretiens semi-directifs sans pour autant interrompre nos interlocuteurs si leurs propos bousculaient l'organisation des thèmes prévue ou bien s'ils s'écartaient de l'ordre chronologique du récit. On ne peut restituer scrupuleusement 5, 10 ou 20 années de vie en deux heures. De plus, la recherche de dates peut prendre le pas sur le fil du récit alors que notre ambition n'était pas de recueillir une chronologie mais bien le regard que l'individu portait sur son parcours. A lui de décider quelle succession donner aux épisodes de sa biographie. Par ailleurs, nous avons rapidement saisi qu'inviter nos interlocuteurs à parler de leur parcours en suivant une chronologie correspondait à une requête habituelle. Cela revenait à guinder le récit

dans un cadre préfabriqué, à suivre une piste entendue. Nous avons donc privilégié la structure thématique de notre guide en invitant nos interlocuteurs à contextualiser les événements relatés.

Dès les premiers entretiens, un élément nous a frappée : la place centrale occupée par les produits dans les discours recueillis. Spontanément, évoquer un parcours de vie qui court des premières consommations de drogues jusqu'au jour de l'entretien c'est parler abondamment de produits. Concrètement, cette caractéristique des entretiens nous a incitée à inviter nos interlocuteurs à « parler d'autre chose » ! Nous n'avons pas du tout cherché à leur couper la parole quand ils parlaient de produits mais nous avons veillé à ce que l'entretien ne soit pas monopolisé par ce thème. Nous avons donc questionné ce rapport aux produits mais nous les avons aussi interrogé sur leurs relations personnelles et sociales, sur la manière dont ils avaient organisé leur consommation de drogues, leur mode de vie, sur leurs représentations et les comportements adoptées à l'égard du traitement…

Traiter le matériau

Toutes les clés de compréhension et d'analyse que nous avons progressivement construites étaient campées dès les premiers entretiens. Comment comprendre qu'un parcours de vie est restitué dans la consommation de produits ? Quelle signification attribuer à l'alternance de la dépendance et du soulagement ? Insistante, la souffrance a-t-elle raison de toute forme de plaisir ? Le traitement n'a-t-il rien changé ? Que s'est-il concrètement passé ? Qui était là ?…

Pour analyser les entretiens, nous avons délié ces questions en thèmes et sous-thèmes. Mode de vie pendant la toxicomanie (organisation de la journée, relations, argent…). « Etre toxicomane » (sensations, sentiments, regard…). Système relationnel pendant la toxicomanie et au cours du traitement (sociabilité avec les usagers et les vendeurs, conjoints, parents, collègues, institution médicale et de répression). Le traitement (situation générale avant l'entrée en traitement, les intervenants du centre méthadone, le médecin généraliste, le produit de substitution, les règles du protocole). Le mode de vie présent (organisation de la journée, relations, aspirations, etc.).

III.3) Réunions de groupe[7]

Afin de placer les individus dans un autre cadre de réflexion sur leur expérience, nous avons organisé des réunions pendant lesquelles un groupe de patients a rencontré successivement un médecin psychiatre, un lieutenant de la brigade des stupéfiants et le président d'une association d'usagers, ex-usagers de drogues. L'objectif visé consistait à installer les individus en situation de décalage. Le contexte de réflexion ne se prêtant ni à l'introspection, ni au discours d'ordre public mais tenu en entretien à un chercheur ni toxicomane ni intervenant. L'existence ou non d'un groupe de toxicomanes c'est-à-dire d'individus se reconnaissant les uns les autres pour leur expérience commune était en question. La présence d'un interlocuteur inconnu[8] mais figurant l'un des intervenants auxquels les individus avaient ou avaient eu affaire au cours de leur parcours, favorisaient l'émergence d'une réflexion sur les relations sociales parties prenantes de l'expérience individuelle d'une autre nature que celle menée en entretiens. Dans le même temps, cette configuration nous donnaient l'occasion de réunir des données sur des relations que nous ne pouvions pas observer dans la réalité. En effet, si les relations avec divers intervenants comme la sensibilité à une « cause des toxicomanes » ont été abordés pendant les entretiens, les réunions nous ont donné un aperçu des interactions susceptibles de se nouer entre les individus et leurs interlocuteurs.

Chacune des réunions a duré un peu plus de deux heures et nous a permis de réunir un matériau inaccessible en entretien individuel. La quantité d'énergie que nous avons du investir pour tenter de réunir un nombre suffisamment important d'individus à ces réunions s'est révélée en parfait contraste par rapport à l'aisance avec laquelle nous avons obtenu des entretiens individuels. Sur 30 personnes interrogées en entretiens et ayant accepté de participer aux réunions, seule une dizaine sont effectivement venues et ce, malgré nos multiples relances. L'intérêt de la participation à ces réunions a souvent été mis en question ce qui n'a jamais été le cas pour les entretiens. Nombre d'individus nous ont spécifié n'avoir pas du tout envie de voir d'autres « toxicos ». Versant dans le marchandage, nous avons pu vanter l'intérêt de pouvoir « tout dire » face à un interlocuteur représentant un intervenant auquel les individus avaient pu être confrontés mais inconnu en la circonstance. Peine perdue pour ceux qui ne sont pas venus et les

[7] Danilo Martuccelli m'a aidé à animer ces réunions. Les discussions que nous avons eues à la suite des séances m'ont grandement éclairée pour l'analyse de ce matériau. Je le remercie vivement pour sa disponibilité.

[8] Les individus réunis ne connaissaient pas l'interlocuteur choisi, c'était l'une des règles d'organisation de ces réunions.

personnes présentes aux réunions nous ont chaque fois spécifié qu'elles étaient là pour nous aider ou nous faire plaisir. Fréquemment avancée, la réticence à rencontrer d'autres toxicomanes venait conforter les longues argumentations tenues en entretien individuel quant au rejet d'un « groupe » dans lequel l'individu ne se reconnaît pas, auquel il ne veut pas être associé et avec lequel il a rompu pour sortir de la toxicomanie.

En plus des réunions et des entretiens, nous avons rencontré des membres d'ASUD (Auto-support des Usagers de Drogues) Paris et Bordeaux. Nous nous sommes également rendue dans le Bus de Médecins du Monde à Paris, pour rencontrer des toxicomanes dits « actifs » et venant se réapprovisionner en seringues, préservatifs, boire un café ou voir un médecin généraliste dans le bus.

IV) Les soignants

Nous avons interrogé 5 médecins généralistes, 6 psychiatres intervenants dans les centres méthadone, les trois directeurs des centres visités (dont deux sont des psychiatres), 5 infirmiers et 3 assistantes sociales attachées à ces centres. Les trois centres méthadone dans lesquels nous avons enquêtés ont été choisi sans connaissance préalable. S'agissant des médecins généralistes, nous n'avons pas procédé au hasard. Pour être sûre d'accéder au plus vite à des patients suivis en médecine de ville, nous avons contacté des responsables de réseaux organisés dans le suivi de toxicomanes. Nous avons ainsi obtenu les coordonnées de confrères comptant ce type de patients dans leur file active. Pour autant, notre échantillon de soignants n'est pas composé de « spécialistes » en la matière. En centre comme en médecine de ville, nous avons rencontré des soignants engagés de longue date dans la prise en charge de toxicomanes et d'autres, nouvellement arrivés dans le champs.

Afin de saisir les diverses idéologies défendues par les intervenants nous avons également participé à des réunions de formations de médecins, pharmaciens ou intervenants sociaux, à divers colloques organisés sur le thème des drogues, ainsi qu'à la VIII^{e} conférence internationale sur la Réduction des risques qui a eu lieu à Paris en 1997. Parmi les enseignements que nous avons retirés de ces divers rassemblements d'intervenants, l'un deux a particulièrement retenu notre attention : la disproportion manifeste entre les études menées sur les patients sous substitution et celles abordant ces traitements du point de vue des patients. Cela nous a conforté dans ce qui n'était au

départ qu'une motivation personnelle : l'importance de privilégier l'expérience des individus pour approfondir la connaissance de la sortie par les traitements.

Les entretiens

Les entretiens avec les professionnels ont été structurés autour de leurs conceptions de la toxicomanie, des toxicomanes mais aussi du traitement et de leurs patients. A côté de ces thèmes « ouverts », nous avons également cherché à recueillir des informations sur les pratiques adoptées dans l'administration du traitement : délivrance de doses, menées d'entretiens de suivi psychologique et social, analyses d'urine… L'ensemble étant relié à une interrogation sur les outils thérapeutiques identifiés comme efficients dans le traitement.

Observations

Nous nous sommes rendue quotidiennement pendant deux mois dans deux des centres méthadone de notre enquête. Notre présence dans le centre pendant toute la durée des heures d'ouverture nous a permis d'observer le fonctionnement de ces institutions, de participer aux réunions d'équipe ou « staff[9] », ainsi que d'échanger de manière informelle avec les patients réunis dans les salles d'accueil. L'ensemble constituant un matériau partie prenante de notre réflexion. Nous n'avons pas pu participer aux réunions d'équipe dans le troisième centre méthadone, les soignants considérant ici que notre présence était en contradiction avec la confidentialité requise pour leurs patients. Au contraire de l'attitude de cette équipe soignante, l'ouverture des équipes des deux autres centres nous a finalement installée dans une position où le chercheur déborde quelque peu les limites du respect de l'intimité assurée aux patients rencontrés. L'ouverture de l'équipe s'avère ici idéale pour le recueil d'un matériau aussi important que possible et non biaisé par les catégories soignantes. La situation est idéale également pour noter la distorsion séparant les soignants des patients quant à l'appréciation des éléments essentiels de l'expérience individuelle. Cela dit, le chercheur peut y entendre des informations que l'individu a souhaité garder secrètes. Le cas ne s'est que rarement posé dans notre enquête. Nous y voyons toutefois une entorse au respect de l'individu.

[9] Réunion généralement hebdomadaire, où l'ensemble des membres de l'équipe fait la synthèse des problèmes rencontrés par ou avec un patient, ou bien avec des partenaires à même de relayer ou venir en complément du suivi psychologique et social organisé dans les centres méthadone.

Avant même de recueillir les dimensions spécifiques de l'organisation du traitement dans chacun des centres au moyen d'entretiens avec les soignants, nous avons pu noter des disparités significatives dans l'atmosphère ambiante et jusque dans la configuration des lieux ou dans l'évolution de chacun dans les lieux. Cela nous a incité à approfondir l'hypothèse selon laquelle il n'existait pas « un » traitement de substitution mais des contextes de soins différenciés, puis à nous poser la question de la variabilité de l'expérience individuelle en fonction de ces contextes. En effet, nous avons d'emblée saisi que l'on soignait des « malades » dans l'un des centres, des individualités perturbées dans l'autre et que l'on proposait une aide à des « clients » dans le troisième.

Ainsi, comme en gradation de la différence statutaire posée entre soignants et patients, l'ambiance sonore de chacun des centres allait du silence quelque peu solennel à l'effervescence brouillonne, en passant par des échanges feutrés. Blouses blanches de rigueur dans l'un des trois centres, tenue décontractée dans les deux autres. L'absence de blouse n'enlevait pourtant rien à la stricte hiérarchisation entre soignants et patients dans l'un de ces deux centres. Dans l'autre, le port d'une blouse blanche aurait presque fait sensation tant les bises, les « salut » et la proximité presque requise avec l'équipe campaient une atmosphère de centre d'animation. Curieux colons toutefois.

Autre exemple, l'accueil des patients était échelonné et précédé d'une sorte d'appel dans l'un des centres, le médecin, l'infirmier ou l'assistante sociale quittant leur bureau pour venir chercher le patient dans un espace d'attente plus que d'accueil. La réception était moins formelle mais restait ordonnée dans un deuxième centre. L'ordre était parfois inversé dans le troisième centre. Là, les patients demandaient un entretien voire couraient après leur médecin qui lui-même courait à force d'hyperactivité.

Dernier exemple, une salle d'attente dans l'un des centres, un espace d'accueil convivial mais « tenu » et jamais privé de la présence des infirmières dans le deuxième centre, une relative confusion dans l'espace d'accueil du troisième, où les cafés s'entrechoquaient et le brouhaha des allers et venues incessantes des patients le disputaient aux rappels à l'ordre bruyant des soignants. « Monsieur X » était appelé à prendre sa méthadone dans un premier centre, « X tout court » était invité à prendre sa méthadone dans le deuxième centre, « qui n'est pas servi ? » pouvait-on entendre dans le troisième.

Nous ne nous sommes pas livrée à une observation sociologique digne de ce nom. En conséquence on ne saurait accorder à ces exemples un statut de véritable indicateur

des pratiques soignantes. Cela dit, nous avons souhaité les signaler parce qu'ils ont compté parmi les « impressions » du chercheur inhérentes à une investigation de terrain. Ils nous ont fourni des indices qui nous ont incitée à creuser plus avant ce qui n'était qu'une hypothèse de départ, à savoir une organisation différenciée du traitement dans chacun des contextes de soin.

***

Pour trivial que cela paraisse, notre expérience de recherche dans les centres méthadone, auprès des professionnels et des individus rencontrés, nous a fait mesurer le caractère fondamental d'un investissement du chercheur sur le terrain. La richesse et l'extraordinaire complexité des situations rencontrées nous rappelant tout au long de notre réflexion et de l'écriture qui a succédé ce travail de terrain, qu'une analyse sociologique, même commandée par le soucis de rester au plus prés des réalités de terrain ne peut jamais faire l'économie de nombreuses réductions transformant ces réalités. En conséquence, bien plus que ses savoirs ou compétences initiales, c'est bien l'expérience de terrain qui force le chercheur à la rigueur intellectuelle comme au souci de faire sens.

Chapitre III

USAGES DE DROGUES : DE L'IDENTIFICATION AU RENONCEMENT

Introduction

Contrairement aux représentations communes l'usage de drogues n'induit pas une sortie de tout cadre de sociabilité ordinaire. L'individu n'est pas non plus comme « emporté » par les effets de produits divers. La consommation de drogues repose sur l'organisation d'activités et de relations sociales. Elle implique une socialisation progressive aux normes de comportements en vigueur dans les « mondes de la drogue » et constitue cette « ligne biographique » partie prenante d'un mode de vie souvent des plus communs. Les personnes que nous avons rencontrées ont maintenu leur pratique au point de basculer dans la dépendance. Ce basculement ne peut être conçu comme une rupture de liens sociaux, l'individu ne se coupe pas de toute appartenance sociale. En revanche, il s'identifie peu à peu à son statut social de toxicomane. Avant tout consommateur, il échange avec des partenaires afin de satisfaire un besoin qui ne donne plus de plaisir et s'éloigne de relations intersubjectives. Son statut social a valeur d'identité dominante. Ce qui était une expérience personnelle s'est transformé en un « état » d'absence à soi comme à l'autre. Mais c'est précisément ce qui ranime le désir d'être un individu.

I) Carrière de toxicomane[1]

I.1) L'apprentissage de la consommation

L'expérience de consommation de drogues ne débute jamais seul. C'est toujours un tiers - ami(e) ou « *copains* » - qui a créé l'occasion ou facilité le geste. Thierry passait une soirée avec ses amis laotiens : « *les types faisaient tourner le bong, on me l'a proposé et moi j'ai accepté aussi bêtement que ça.* » Simon était avec une amie qui « sniffait » de l'héroïne. *« Moi je me disais dans ma tête : bon... Je ne vais rien faire. Et cette copine, elle, elle se fait un sniff. Moi je ne faisais rien. Et puis elle me dit : tu ne veux pas faire une petite ligne d'héro ? Moi je dis : ah non ! Tu sais, je n'ai jamais fait ça. Ça ne me branchait pas trop. Elle me dit : tiens goûte goûte, tu vas voir, au moins essaye ! Et puis j'ai essayé.* » Sylvain n'y avait jamais pensé avant, les piqûres lui faisaient peur. C'est une amie qui lui a fait sa première injection : « *c'est l'occasion qui s'est présentée, sinon de moi-même je n'y serais jamais allé. Je la suivais. Je n'étais pas parti faire un fix. Après c'était à pile ou face un peu que je l'ai fait. Elle s'est retournée, elle m'a regardé, elle a pris mon bras. J'aurais pu dire non.* » Le plus souvent, ces acolytes sont déjà usagers de drogues ou bien partagent avec l'individu le désir de *« tenter l'aventure » (Nicolas).* Il arrive toutefois que l'individu soit accompagné par un ami non usager et qui ne souhaite pas consommer. Béatrice n'a ainsi jamais quitté Armelle. Elle a toujours partagé sa toxicomanie sans jamais y participer. *« Tout tournait autour de Béatrice.* » Elles rencontraient *« d'autres gens* » mais « *sans elle »,* Armelle n'aurait pu, « *rencontrer personne.* » Elles étaient « *soudées* » l'une avec l'autre. Aussi,

[1] S'appuyant sur l'étude de Waldorf, D., Henri Bergeron rappelle que « l'on reconnaît que la vie de tout gros consommateur d'héroïne est ponctuée, typiquement par six phases, chacune d'une durée variable ». L'auteur les décrit ainsi : la 1ère phase est « une phase d'expérimentation pendant laquelle se nouent les premières relations avec le produit ». La deuxième est « une phase d'escalade à partir de laquelle la consommation d'héroïne devient plus régulière : la dépendance physique mais surtout psychologique s'installe plus intensément ». La 3e est « dite de maintenance… L'héroïnomane tente de contrôler sa consommation en fonction notamment de ses moyens financiers ». La 4e correspond à « une période dysfonctionnelle pendant laquelle la consommation devient plus exigeante : la tolérance au produit augmentant, le toxicomane a tendance à rechercher des doses plus importantes et/ou un produit d'une plus grande pureté pour maintenir, autant que possible, constants, les effets de plaisir, de bien-être, d'excitation, etc., qu'il recherche. La vente (le trafic), le vol ou la prostitution, pour les plus démunis d'entre-eux, sont souvent les moyens d'obtention d'un produit resté extrêmement cher… C'est là que commencent à s'exprimer chez les toxicomanes les premières volontés de sortie de la toxicomanie. ». La 5e phase est « une période d'arrêt pendant laquelle le toxicomane apprend progressivement, seul ou aidé par les autres, à se débarrasser des liens qui l'aliènent. Bien qu'une volonté de « s'en sortir » soit plus ouvertement manifestée, cette période peut compter de nombreuses rechutes et peut, en conséquence, s'étaler sur plusieurs années ». La dernière phase correspond à « la carrière d'ex-toxicomane : rien n'étant jamais acquis en la matière, l'ex-toxicomane doit rester longtemps sur ses gardes, et il n'est pas rare qu'il se considère lui-même toujours en lutte bien des années après l'arrêt effectif ». Bergeron, H., 1999, p. 2. Une partie de notre travail consiste à confronter la trajectoire des personnes rencontrées à cette carrière ainsi définie.

la première fois qu'Armelle a voulu aller acheter du respilène[2] dans une pharmacie « *c'est Béatrice qui y est allée* ». Les amis participent de la persévérance dans la consommation de drogues. Pour les techniques qu'ils transmettent ou acquièrent en même temps que l'individu, pour le réconfort ou l'effet de déculpabilisation inhérent à leur présence à ses côtés. Leur influence se déploie donc sur le terrain tant pratique que subjectif.

« Les techniques »

La poursuite de la consommation de drogues est socialisation aux conduites et univers de sens propres aux toxicomanes. Cette formation individuelle est grandement médiatisée par les pairs. En premier lieu, « *on a besoin des copains* » pour apprendre à se procurer du produit, connaître les lieux, les vendeurs, les codes régissant les transactions et les rituels de consommation. Zinberg (1974) montre notamment qu'une série de règles d'usage sont acquises au contact des pairs. Elles constituent un système de contrôle social informel invitant les usagers à contenir leur consommation dans les limites du « raisonnable » ou acceptable. Un véritable système de sanctions ou de rituels est appris. Il varie selon les types de produits et plus largement selon les « mondes de la drogue » (Duprez, D., Kokoreff, M., 2000) dans lequel l'usager est investi. Ce cadre circonscrit les conduites et les relations, il pousse l'usager à auto-contrôler sa conduite. Parmi ces règles, véritables principes d'un « bon usage », l'une invite à la modération. Il ne faut pas consommer chaque jour, et l'usage immodéré est condamné. Ce sont « *les tox* » qui ne font « *plus que ça* » (Julien) et « *on* » ne veut pas leur ressembler. Charlotte s'était posée une limite : ne pas injecter. Et elle s'y est tenue : « *une fois j'étais vraiment très très mal. Je suis allée chez un copain pour voir s'il ne pouvait pas me dépanner et il n'avait plus rien. Il venait de se préparer sa dose en shoot, il m'a proposé la moitié et j'ai dit non. Je n'avais pas envie d'un shoot.* »

Il faut aussi consommer au bon endroit, avec les bonnes personnes. Même en manque et *« complètement épuisé »,* il faut « *trouver l'endroit* » pour « *ne pas être arrêté en pleine action » (*Thierry). L'endroit est celui qui permet à Thierry une consommation *« sûre et positive*. » La consommation s'inscrit donc ou doit s'inscrire dans des contextes sociaux qui empêchent de *« faire n'importe quoi, n'importe*

[2] Sirop antitussif, le respilène compte parmi les médicaments qui, détournés de leur usage, procurent des effets psychotropes.

comment, avec n'importe qui ». Henri a toujours veillé à se protéger des risques liés aux injections, maladies ou overdoses : « *je savais très bien que le sida je ne l'attraperais pas parce que je le faisais tout seul avec des seringues neuves. Donc, j'avais aucune chance de l'attraper. Et puis une overdose, avec les quantité que je prenais c'était impossible aussi. »* Christian « dealait » pour se procurer les revenus nécessaires à sa consommation mais il n'était pas prêt à tout. Il y a des « *choses* » qu'il n'aurait pas voulu faire : trafic d'armes, livraisons de grandes quantités de drogues entre autres activités qui lui ont été proposées.

> *« J'étais engagé dans la délinquance mais l'engagement ça dépend jusqu'à quel point et jusqu'à quel niveau c'est. Moi, j'étais dans le petit. Je tournais avec une certaine somme et je vivais mais dans le petit. Je ne voyais pas grand. Je ne voulais pas faire des sommes extravagantes. Ça ne m'intéressait pas. Et puis, il y a un moment où il faut vraiment prendre le calibre, devenir une ordure et là c'est un choix à faire. Moi je ne peux pas faire ça. C'est une barrière. Il y a des choses que je n'aurais pas fait, que je n'aurais pas voulu faire (Christian).»*

La consommation de drogues est une activité sociale codifiée. Et chacun délimite son espace de conduites autorisées à l'intérieur des règles en vigueur dans les mondes de la drogue.

L'apprentissage est aussi celui qui permet d'identifier et de contrer d'éventuels effets non désirés. Jean Louis, a toujours *« regardé la poudre »,* puis « *goûté »* avant de faire son injection : « *des fois, il y en a qui grattent les murs et te vendent du plâtre. Mais moi je vois tout de suite à la couleur, à l'odeur. »* Si malgré tout, « *ça se passe mal* », il faut savoir « *quoi faire* ». Et Dorothée a très bien su « *quoi faire* » quand elle a retrouvé une amie « *en pleine overdose*. »

Julien est « *parti d'emblée avec des gens qui consommaient. Ce qui fait que, au départ, il savait où aller chercher. »*

> *« Petit à petit, on rencontre des gens qui en consomment, ont d'autres plans. Donc c'est par connaissance qu'on en trouve. Parce qu'on est dans un milieu où les gens prennent de la drogue, où certains ont des plans et quand il y a un plan qui foire on réfléchit : tiens ben machin en prend, je vais aller le voir, lui demander s'il n'a pas. Et puis voilà. Il suffit de connaître une personne. Au départ, on*

connaît une personne et on arrive à juger le milieu, voir comment ça se passe et après on y va (Julien). »

Une fois le produit trouvé, « *les copains* » participent aussi de l'apprentissage du « goût pour les effets » ou « sensation juste » (Becker, H., 1985). Le plaisir n'est pas immédiat. Sylvie n'a pas trouvé son premier shoot agréable*. « Ça ne lui a pas fait grand chose. C'était même une sensation désagréable qu'elle n'a pas aimée. »* Joël a été *« malade comme un chien »* à sa première injection. Pourtant, à voir ou entendre le plaisir de leurs « *copains* », tous deux ont recommencé. Ce n'est que plus tard qu'ils ont connu « *le flash* ». Pour l'héroïne, comme pour la marijuana (Becker, H, 1985), les individus apprennent à prendre goût au produit avant d'en percevoir les effets comme uniques. L'acquisition de produit ou de ressources permettant d'en acheter suppose parfois l'adoption de conduites illégales. Là aussi les « *copains*» sont là pour prêter main forte et bénéficier des fruits du larcin. Quand il n'avait pas de drogues et pas d'argent, Fabrice parlait de braquage, « *d'aller casser des cabines téléphoniques, voler et comment refourguer tout ça après . »* Ils « *braquaient à deux ou trois. L'union fait la force*. »

« Les bonnes raisons »

Au-delà de l'acquisition des techniques de consommation, les « *copains* » forment univers convivial. Ils sont les compagnons de fête, partagent avec l'individu tout à la fois l'ivresse initiale de consommations festives et une forme de connivence qui rend la consommation frivole. En ce sens, ils participent de la persévérance de l'individu dans la toxicomanie. Myriam explique *« qu'à travers son mari toxicomane, elle a connu plein d'autres tox qui venaient chez elle. Des gens qu'elle hébergeait. »* Des gens pour certains « *très sympathiques »,* ce qui explique à ses yeux qu'elle ait continué à consommer : « *il y a de bons moments* » qui sont aujourd'hui *« de bons souvenirs*. » Plus que leur sympathie, Véronique évoque le caractère extravagant et par là extraordinaire des « *personnages* » qu'elle côtoyait. Ces *« personnages »* avaient « *du charisme*. » Ils l'emmenaient dans *« des expéditions pas possible »,* lui faisaient « *connaître des endroits qu'on n'imagine même pas exister. »* Des gens à part en somme, qui « *racontaient des trucs qu'elle n'avait pas l'habitude d'entendre. »* Finalement, « *c'était l'aventure. »* Entre autres choses, *« débarquer*

chez Serge Gainsbourg un après-midi, quand on a 20 ans », non seulement « *ça fait drôle* » mais « *ça donne envie de rester*. »

Parmi les déterminants initiaux de l'usage de drogues, un facteur non négligeable est donné par les aptitudes concrètes d'organisation de la consommation. L'individu est en mesure d'élaborer des « motifs et intérêts » lui permettant de continuer à consommer. En particulier, constatant qu'il parvient à vivre normalement, l'individu peut se conforter dans l'idée qu'il maîtrise sa consommation et qu'il n'y a donc pas de danger à continuer. C'est là une conséquence inversée de la diabolisation de la toxicomanie qui est de mise chez tous les individus initialement. Au début, la consommation de drogues est inévitablement perçue à travers le prisme de stéréotypes courants. Le produit fait peur, non moins que les modalités d'ingestion, les injections en particulier. Les toxicomanes sont définis à l'image de l'archétype véhiculé dans l'imaginaire collectif. Certes, les drogues attisent la curiosité et l'expérience est attirante. Mais le produit c'est aussi *« le diable... Le côté négatif de la vie » (Hélène).* Le geste c'est aussi *« crade, gore »* . *« La seringue me faisait peur, c'est crade(...) Le geste c'est gore, le fait de se mortifier, de s'infliger une souffrance» (Sylvain).*

La perception initiale de l'usage et des usagers est donc duale. « *On* » ne veut pas le faire, « *on* » a peur. Mais c'est aussi attirant. D'autant que les individus élaborent d'emblée des « techniques de neutralisation » rendant possible la poursuite de la consommation. Le caractère occasionnel et festif de la consommation pour certains, rare et expérimental pour d'autres, conduit à dédramatiser la pratique. Les relations avec des personnes qui s'adonnent au sniff ou au shoot entament fortement la diabolisation de telles pratiques qui était de mise jusque là. Sylvain se dit que *« c'est une amie. Si elle se le fait c'est que cela ne doit pas être si mauvais que cela. »* Thierry avance que ceux qui l'initient *« avaient le sourire. Ils avaient l'air bien, parfaitement équilibrés. »* Et puis ces nouveaux compagnons paraissaient capables de « *véritables liens amicaux. »* Il dit avoir rencontré « *des personnes qui donnaient l'impression de s'accrocher fortement à vous si vous leur donniez quelque chose. »* Ces personnes amenaient avec elle *« l'attrait de la nouveauté, d'une autre culture, riche, belle* – il s'agissait de Laotiens. » Une culture qui usaient du « *bong*[3] » afin d'atteindre « *une certaine félicité*. » Il a donc *« tout de suite été demandeur d'en*

[3] Pipe à eau utilisée pour fumer du haschich ou des opiacés.

apprendre plus sur leur culture », comme on se soumet à des « loyautés supérieures » (Sykes, G., Matza, D., 1957). Avec force de dramatisation, Sylvie avance qu'elle ne voulait pas du tout ressembler à ceux qui lui ont vendu ses premières doses : « *ah non ! Je me disais : regarde, ils n'ont plus de dents ! Regarde leurs bras !* » Dans le même temps, ces *« types de 23/24 ans »* sont « *des grands* » pour elle qui a hâte de « *sortir de sa vie d'enfance. »*

Une telle représentation de la toxicomanie participe de l'installation de l'individu dans la consommation de drogues. Comparant sa pratique à celle qu'il attribue aux « *vrais toxicos* », l'individu peut se dire « *ce que je fais n'est pas si grave. Je n'ai ni l'usage, ni la conduite, ni l'apparence d'un toxicomane ».* Surtout qu'initialement, l'usage de drogues ne change pas sa vie. Concrètement, les premières consommations sont le plus souvent occasionnelles et limitées dans leur forme – on fume ou on sniffe –, comme dans la quantité de substance ingérée. De plus, elles sont induites par des règles de vie juvénile plus que par la force d'attraction d'un produit particulier. Les individus consomment « *entre copains* », pour s'amuser ou pour « *vivre une expérience* » qui ne les empêche aucunement de continuer à mener une vie ordinaire. Subjectivement, ce mode de consommation tend à renforcer la conduite. Les individus dédramatisent doublement leur consommation de drogues, en la ramenant à leur vie qui ne change pas, en la comparant à ce qui représente pour eux *« une vie de toxico* ». Prendre de l'héroïne ou de la cocaïne, ne les empêche ni de travailler ni de vivre normalement. Cela ne fait pas d'eux des « *toxicos* » : pourquoi arrêter ce qui est bon et que l'on maîtrise ?

« Les auto-contrôles »

La persévérance dans la carrière tient en partie à cette réussite de gestion pratique et subjective de la consommation de drogues. Une gestion apprise au contact d'autres usagers. Par les techniques et savoirs qu'ils transmettent, par leur présence et le partage de l'expérience, les usagers de drogues comptent parmi les déterminants de la persévérance individuelle. Par exemple, tous les individus sont amenés tôt ou tard à utiliser diverses substances qui se substituent à l'héroïne. Cela leur permet de « *tenir* » en cas d'absence de produit sur le marché. La connaissance et la manière

appropriée d'user de ces produits de substitution[4] s'acquièrent sous l'influence directe ou indirecte des autres consommateurs de drogues. Les emprunts financiers réalisés auprès de proches, les vols, le deal, entre autres activités, constituent des éléments d'organisation personnelle et de gestion de la consommation. Certaines de ces activités sont moralement ou judiciairement condamnables. Cela n'empêche pas qu'elles constituent des stratégies d'organisation déterminantes pour qui souhaite consommer. Ces stratégies adoptées varient d'un individu à un autre. Et l'escalade dans la criminalité n'est pas une fatalité. A tout moment, l'individu peut diminuer voire abandonner ses conduites délinquantes. La consommation n'implique pas la menée d'activités dignes du grand banditisme[5]. Et le lien de causalité entre consommation de drogues illicites et criminalité n'a pu être scientifiquement avéré[6]. Les individus ne sont pas comme « poussés » à la délinquance. Certains font l'apprentissage de nouveaux comportements rendant possible la poursuite de la consommation. Frédéric a choisi comme beaucoup d'autres de vendre de l'héroïne pour subvenir à sa consommation personnelle. Cela lui a demandé d'acquérir un certain nombre de dispositions. Par exemple, il a appris à « *bluffer »,* à *« faire croire qu'il était un truand pour garder sa place dans ce système parallèle à celui de la société. »* Il faisait croire qu'il était *« quelqu'un de très violent, de très pourri, par rapport aux plus craignos que lui. Justement pour avoir sa place »* ne pas être « *la loque qui termine homosexuel à la gare*. » D'autres apprennent à mentir pour obtenir de l'argent mais également pour cacher leurs activités. L'organisation de la consommation passe en effet par la gestion des relations aux autres. Les individus doivent apprendre « à se bien comporter face aux obligations et aux relations sociales qui ne participent pas du monde de la toxicomanie » (Zinberg, N., 1974). L'organisation personnelle vise également le maintien d'un contrôle de la consommation. Par exemple, tous les individus n'ont jamais consommé autant qu'ils l'auraient pu. Pour ses achats d'héroïne, Benoît n'a pas dépensé la somme d'argent

[4] Parmi lesquels on trouve le haschich, l'alcool mais aussi de nombreux médicaments détournés de leur usage

[5] Courante, la conception du lien entre consommation de drogues et délinquance sous l'angle de la causalité n'a pas pu être établie de façon incontestable. Sur ce point voir, Brochu, S., Schneebeerger, P., *Drogues et délinquances, regards sur les travaux nord-américains,* Documents du CESAMES, n°9, 2001 et aussi, Barré, MD, « Toxicomanie et délinquance : relations et artefacts », *Déviance et société*, vol. 20, n°4, 1996.

[6] La seule substance psychoactive pour laquelle ce lien a pu être établi est l'alcool. Voir Parker, R.N, Auerhahn, K, « Alcohol,drugs and violence »*, Annual Reviews of Sociology*, 1998, n°24, p. 291-311.

qui lui était nécessaire pour payer son loyer. Simon s'est toujours « *débrouillé avec son salaire.* » Quand elle n'avait plus les moyens d'acheter suffisamment d'héroïne, Isabelle allait « *se mettre dans un contexte où elle n'était pas tentée par l'environnement, par les gens.* » Elle cherchait à rencontrer d'autres personnes : *« pour ne pas penser à ça, il y a toujours des moyens. »*

Toutes les personnes rencontrées ont connu des périodes pendant lesquelles elles ont totalement arrêté de consommer parce qu'elles n'en avaient plus les moyens physiques, financiers ou parce qu'elles ne le souhaitaient plus. Ainsi de Julien, qui a arrêté toute prise d'héroïne après trois ans de shoots quotidiens parce que ça ne l'intéressait plus *: « moi ce que je voulais c'était faire de la musique. Au bout d'un moment, tout tourne autour de ça. On ne fait plus que ça, on ne parle que de ça. Ça ne m'intéressait pas. »* Le plus souvent, les sevrages sont forcés « *parce qu'on n'en peut plus ou parce qu'on ne peut plus* ». Ils n'en constituent pas moins le signe d'une gestion de la consommation. Le recours à diverses institutions de sevrage ou de soins relèvent de la même démarche. L'individu décide de « *souffler* », de « *se refaire* ». La consommation de drogue est donc flexible. De gré ou de force, l'individu modèle son usage de drogues en fonction de multiples paramètres. Cette adaptation personnelle n'est pas innée. Elle s'acquiert en partie par la socialisation au milieu des usagers de drogues.

Passée la « lune de miel[7] », quand l'individu se trouve dépendant, ou tout simplement parce que, même agréable, la consommation de drogues est conçue comme une pratique synonyme de dangers, la présence de semblables réconforte et participe du soutien de la consommation. Les « *copains* » sont les bienvenus pour « *galérer* » ensemble, pour partager et donc amoindrir les sentiments de culpabilité. Fabrice avance que *« à plusieurs, on se sent moins coupable. Partager les mêmes vices ça les fait un petit peu se réduire. »* D'autant que, avec les « *copains* », *« on peut parler et au bout d'un moment s'il y en a un qui a envie de prendre sa seringue, il peut s'en mettre un pain là comme ça. Tout en continuant à discuter, il peut se taper un shoot. »* Mal à l'aise face à une pratique qu'il sait réprouvée, Damien avait « *besoin d'être entouré*. » Il lui *« fallait des gens* » pour consommer. Tant qu'il n'y a pas de « bonnes raisons » d'arrêter de consommer, ou plutôt, tant que l'individu est à

[7] Expression fréquemment utilisée par les usagers et les soignants pour désigner la première phase de la consommation de drogues.

même de se donner de bonnes raisons de faire usage de drogues, non seulement il continue de consommer mais il progresse dans une carrière de toxicomane.

I.2) Les effets de la drogue

La découverte des drogues et « la lune de miel » sont synonymes d'un accroissement de la sensibilité et des capacités personnelles. Les individus voient leur univers sensoriel aiguisé. Dans le même temps, ils découvrent de nouvelles sensations. A côté de ses vertus euphorisantes, le produit apporte un potentiel de désinhibition[8]. Il s'opère un changement dans le rapport à soi que l'on peut concevoir comme une « extension de soi ». Elle est investie dans le rapport à autrui et facilite l'entrée en relation. Elle est aussi utilisée dans le rapport au monde. L'héroïne aidait Sylvain à vaincre sa timidité. Les psychotropes *« ça rend plutôt extraverti. Ça te fait paraître plus extraverti que tu ne l'es intérieurement. »* Du coup, il consommait *« pour être au même niveau que les copains »,* parce qu'il lui « *manquait quelque chose pour comprendre comme eux, au même moment. »* D'autres disent combien les sensations de vigueur ou d'apaisement insufflées par le produit, ont facilité l'exercice de leurs activités. Charlotte se rappelle que l'héroïne stimulait sa vivacité intellectuelle. Elle avait *« vachement d'énergie en cours de TD de littérature. »* L'héroïne apporte « *une énergie et un bien être inégalables naturellement. Donc, elle faisait halluciner tout le monde. »* Elle n'avait pas *» réponse à tout »,* mais quand elle avait « *quelque chose à dire* », plus de timidité qui ne l'empêche de s'exprimer : « *il fallait absolument que je m'exprime. »* C'est « *pour le boulot* » que Pierre a été aidé par l'héroïne. « *Ça* » lui a permis de *« bien bosser : ça ne rend pas intelligent mais c'est un formidable accélérateur*. » Pour d'autres, mais c'est l'expression inverse du même sentiment, la drogue amortit les coups inhérents à un univers professionnel très compétitif. Thierry parle de son travail comme d'un lieu où il devait arriver *« les dents aiguisées, toutes griffes dehors et montrer sa valeur en permanence. »* Il connaissait son activité *« sur le bout des doigts* » mais il était *« dans un état second*. » Il ne se rappelle pas de son travail *« autrement que shooté. »*

[8] La neurobiologie a précisé un certain nombre de mécanismes organiques participant de cette désinhibition. Voir par exemple, Morel, A., Hervé, F., Fontaine, B., *Soigner les toxicomanes,* Paris, Dunod, « Thérapie », 1997. Auriacombe, M., et al., *Toxicomanie, hépatites, sida,* Paris, Guffens, Les Empêcheurs de tourner en rond, 1994.

Euphorie, stimulation, protection, désinhibition, l'usage de drogues est une expérience qui change le rapport à soi. Les sensations nées de l'incorporation de la substance se font sensations identitaires. Les relations aux autres ou au monde en sont modifiées ce qui influence en retour l'évolution identitaire des individus. Jusqu'à l'étape des dépendances, cette transformation peut-être interprétée comme une « multiplication de soi » La drogue est perçue comme « *une autre voie* », celle qui permet d'exister. Cela s'exprime dans l'euphorie d'une vie plus trépidante que celle du commun, ou bien, mais ce n'est que la face sombre du même sentiment, dans la distance mise entre soi et les difficultés inhérentes à toute construction individuelle. Hélène parle d'une drogue comme *« court-circuit vers le sentiment d'existence (...) Voie royale vers la vraie vie »,* celle des *« communications très profondes avec les autres »* guidée « *par un cerveau qui capte très vite énormément de choses. »* Simon évoque un « *film chaud et protecteur. Tu as cette sensation un peu… De confort... Utérine dans la came. Ce côté… Ça t'enveloppe. »* Autant d'éléments ayant participé du maintien de la consommation de drogues. Ce rapport à la drogue conforte l'hypothèse d'Alain Ehrenberg concernant ces « raccourcis chimiques » utilisés par les individus pour mener à bien leur existence (1995). Les individus ont cherché à prendre appui sur les drogues pour se construire et trouver ou tenir leur place dans l'environnement social. De ce point de vue, et pas moins que le commun, ils n'ont échappé à l'impératif d'individualité qui traverse notre modernité. « Purs individus, auto-fondés et confrontés à l'autonomie, sommés de (se) forger (leur) lois», enjoints à faire appel à leurs ressources internes pour agir et assurer leur épanouissement personnel, ils ont cherché assistance dans l'usage de drogues (Ehrenberg, A., 1998). Mais quand les quantités consommées induisent un basculement dans la dépendance, il n'est plus rien qui fasse sens à l'expérience. La consommation de drogues n'est plus liée à un idéal de réalisation personnelle. Les individus sont enrôlés dans l'alternance du manque et de la sensation de soulagement. L'ingestion de drogues vient apaiser un instant les souffrances du manque et l'individu se dit physiquement et psychiquement aliéné, « *végétal, liquide » (*Thierry). La dépendance est également synonyme d'une difficulté accrue pour se fournir en produit, à soutenir les échanges avec les toxicomanes, à assumer la pratique aux yeux d'autrui mais aussi à trouver des motifs à la consommation et, partant, un sens à l'expérience. A ce stade, « *on* » en prend parce « *c'est bon* » mais surtout parce « *qu'on* » est en manque.

I.3) « Etre toxicomane » : une hyperactivité sociale

Plus ou moins rapidement, les modes de vie et les systèmes relationnels des individus finissent par s'apparenter les uns aux autres. Ils se cristallisent autour de la recherche et de la consommation de drogues. Du moins, tel est ce qui ressort des divers récits de vie. Quelques mois ou années après les premières prises de drogues, les individus subissent le phénomène de tolérance. Jouissance et manque alternent selon un rapport de plus en plus tourné vers le manque. Une quantité croissante de produits doit être consommée afin d'atténuer ces manifestations de manque, afin de continuer à assurer les engagements contractés dans la vie ordinaire et dans « *le milieu* ». De deux à trois shoots quotidiens, la consommation passe parfois à quinze ou vingt. Philippe a arrêté l'héroïne et les injections, mais il *« se shoote aux néocodions ».* Il avale *« cent vingt cachets par jour, une boîte toutes les quatre heures. »* Cette « ultra-consommation », s'accompagne d'une quasi disparition du plaisir. *« Il y a toujours un flash, mais infinitésimal par rapport aux douleurs que tu as très vite après » (Simon). « Ça dure quelques minutes... Le temps de l'injection » (Stéphane).* A ce rythme, la recherche et la consommation de drogues absorbent toute la journée. C'est « *le speed* » dès le matin où « *on a du mal à se lever* ». C'est même « *la psychose de se lever »* pour Damien parce que *« avec l'héroïne, on fait des petits comas, on n'entend plus rien*. » Tous les matins, il « *vomissait jaune* » et appelait d'emblée *« un pote pour fixer un rendez-vous à midi pour qu'il lui emmène de la came. »* S'il n'arrivait pas à le joindre, il fallait qu'il *« trace* » à la pause, entre midi et deux heures. « *Aller chercher soit chez les gitans, soit chez un dealer d'appartement*. » S'il n'était pas là, « *il fallait qu'il aille encore ailleurs, le tout en deux heures*. » Et le soir en débauchant « *même cinéma : c'était tout le temps ça. Mes journées, elles se ressemblaient toutes en fait. Je n'étais qu'un petit robot . »* Pour Christophe aussi « *l'héroïne intervenait dès le matin »* puis toute la journée *: « d'emblée en arrivant au travail . Le midi, je m'échappais. Si je n'avais rien le matin, c'était la course. On ne pense qu'à ça d'ailleurs. On ne fait que ça. »*

Une telle réduction du mode de vie individuel dans les activités requises par le statut de toxicomane, marque peu à peu l'effacement de son identité personnelle. Le statut et l'identité sociale de toxicomane prennent le pas sur les autres facteurs d'identité individuelle. Mais cette réduction progressive de soi n'est pas synonyme d'une perte de capacité d'action. L'individu est plutôt tenu à une hyper activité

imposée par l'organisation de la consommation et par l'articulation entre les mondes de la drogue et le monde ordinaire.

L'altération du statut social et du mode de vie de toxicomane est usuellement interprétée comme une sortie de la société. Le toxicomane est paré du visage d'un homme sans lien absent de la société ou « qui ne fait plus société » (Ehrenberg, A., 1995). Au-delà de la perte réelle d'un ensemble d'attributs, le changement statutaire ne conduit pas au vide social. L'individu ne quitte pas sa place dans la société pour aller occuper une chaise vide détachée de tout environnement social. Tout au contraire, chacun entre peu à peu dans un univers hypersocialisé. La recherche de drogue s'apparente à une activité sociale à part entière. Elle s'inscrit dans des lieux précis, impose des horaires et le respect d'un ensemble de règles complexes et strictes. Tous les individus évoquent leurs « *heures de galères* », les « *règles de fonctionnement* » des dealers et leur propre apprentissage de ces règles en vue de la réalisation des meilleures transactions possibles. Simples consommateurs ou usagers revendeurs, tous perçoivent ces activités comme un véritable travail. Aux yeux de Pierre, « *le plus gros problème c'est ce qu'il y a autour de la dope. La dope c'est 10 % des problèmes et le reste, tout ce que tu dois faire pour en avoir, c'est 90 % des problèmes. »* Si l'on ajoute au temps consacré à l'acquisition de drogues, celui que nombre d'individus continue de consacrer à une profession, on comprend que loin de conduire à l'absence d'occupations sociales, l'usage de drogues suppose l'organisation d'activités dont le volume se densifie à mesure que chacun progresse dans sa trajectoire (Zinberg, N., 1974). Plus qu'un prétendu vide social, l'individu se doit donc d'être hyperactif. Sylvain travaillait « *près de dix heures par jour*. » Il avait « *trois heures de transport quotidien »* pour se rendre à son travail puis rentrer chez lui. « *Quatre heures en gros pour la dope, l'argent, le dealer. »* Puis « *se laver, manger, se reposer… Un parcours du combattant, d'enfer. »* Par ailleurs, les individus perdent ou délaissent certaines relations mais ils en retrouvent d'autres. Celles qui sont nouées dans le monde de la toxicomanie constituent un tissu dense et diversifié, des relations intéressées jusqu'aux relations amicales ou amoureuses. Jacques parle d'un *« téléphone qui n'arrête pas de sonner »,* d'un appartement continuellement occupé par *« les gens qui passent chez toi à longueur de journée. »* Marine explique qu'elle *« était obligée de voir pleins de monde, pour vendre par exemple* » et Stéphane se rappelle *« toutes ces filles »* autour de lui. Il évoque par là

des relations liées à son activité de dealer mais qui n'en devenaient pas moins souvent des relations amoureuses. Mêmes difficiles ou espacées, les relations avec la famille ne sont pas rompues. Les contacts avec les collègues, la police, les médecins, les pharmaciens ou le personnel de multiples institutions de soin participent également du réseau relationnel de l'individu. Tous insistent sur la solitude inhérente à leur pratique une fois atteinte l'étape des « dépendances » : « *Tu n'as pas d'amis dans la came » (Simon). « Tu vis pour toi, pour ta gueule » (Matthieu). « C'est un délire solitaire » (Myriam*). C'est là l'expression d'un sentiment d'isolement très fort. Mais il s'inscrit dans un univers de sociabilité extrêmement dense au sein duquel chacun est rarement seul.

Les capacités d'actions ne sont pas entamées par la consommation de drogues. Celle-ci s'apparente plutôt à « *un job à plein temps* » comme le souligne le héros de *Trainspotting*[9]. Les individus ne perdent pas non plus toute aptitude au contrôle de leur progression dans la carrière.

II. Les acteurs de la carrière

II.1) Les collègues[10]

Les activités comme le cadre professionnel dans lequel les individus ont continué de s'inscrire tout au long de leur toxicomanie ne jouent pas forcément un rôle de frein à la consommation. L'influence de ce type de contrôle est ambivalente. Certes, l'activité comme les relations professionnelles, imposent des horaires et une discrétion qui incitent l'individu à contrôler sa consommation. Il ne faut pas que « *ça se voit* », ni que « *ça se sache* ». Attaché à son travail, l'individu met en place des stratégies de contrôle afin de prévenir tout rejet formel ou informel. La plupart du temps, il parvient à maintenir une « normalité » de façade tout en continuant à consommer par ailleurs. C'est au prix d'une réduction de sa consommation ou de ses activités de deal. Clément a réussi à contenir son activité de dealer parce qu'il n'était « *pas trop gourmand ».* Son objectif n'était pas de faire du profit : « *je ne cherchais pas à faire un million par jour. Dans la journée, je bossais. »*

[9] Dany boyle, 1994.
[10] Rappelons que 37 % des personnes rencontrées ont exercé une activité professionnelle de manière continue tout au long de leur trajectoire dans la toxicomanie. Et 30 % ont travaillé régulièrement.

La volonté de maintenir un travail, la peur d'être découvert puis rejeté par les collègues poussent donc les individus à « freiner ». Mais leur univers professionnel constitue aussi, si ce n'est un stimulant pour la consommation, en tout cas un facteur de maintien de celle-ci. Le cadre professionnel n'est pas un obstacle à la consommation. Les collègues peuvent assurer l'individu de leur bienveillance diffuse ou l'aider à ne pas déraper sans jamais questionner sa consommation. Damien prenait de l'héroïne sur son lieu de travail. Ses collègues « *devaient le voir. »* On ne lui en a jamais parlé. *« Avec la tête qu'il avait certains matins… Pas beau à voir. Il n'assurait pas toujours*. » Mais ses collègues « *laissaient passer l'orage*. » Judith décrit certains matins au travail : elle était *« malade comme un chien, tremblante, envie de vomir*. » Alors, « *ça se voyait parfaitement. »* Pourtant, ses collègues ne la renvoyaient pas de son travail, ils la renvoyaient chez elle, pour qu'elle prenne le temps de se remettre. Quand elle restait, sa « *chef* » lui faisait « *des petits cafés »* et elle la remplaçait *: « elle faisait tout pour que je sois tranquille. »* Quand Judith avait besoin de *« fric »* sa *« chef lui en passait… Du coffre ! »* Judith remboursait après. Quand elle avait besoin de téléphoner, elle pouvait le faire « *sans problème* » sur son lieu de travail. Quand son dealer passait, « *sa chef la remplaçait encore*. » Elle pouvait « *descendre tranquille, et puis se faire son shoot. Sans se presser. »* Sa chef n'était ni une amie, ni quelqu'un de la famille : « *c'était une fille gentille. »*

La participation des collègues à l'expérience individuelle oscille donc entre soutien et contrôle. Complaisance ou suspicion de leur côté, secrets ou attentes de mansuétude pour les individus. L'ambivalence qui préside aux échanges est toutefois synonyme de trouble relationnel. Dissimuler la consommation de drogues ne constitue pas une difficulté majeure. Du moins, tel est ce qu'en disent ceux qui ont maintenu une activité professionnelle durant toute la durée de la consommation. Clément a toujours travaillé. Avec ses collègues, « *ça se passait très bien*. » Son patron *« n'était pas au courant, il n'avait jamais rien à redire. »* Clément n'était pas *« fainéant et puis… Ça ne se voyait pas. »* La dissimulation n'est toutefois pas chose facile et la lourdeur du secret affecte les individus. A tel point pour Henri qu'il avance que « *le problème chez lui c'est que ça ne se voit pas. »* La drogue ne l'a jamais empêché de « *faire du sport, travailler ou quoi que ce soit : j'avais beau le faire au boulot.* Ça *ne se voyait pas physiquement ni… Ça ne se voyait pas. »* Les gens trouvent ça « *bizarre »,* lui aussi. La dissimulation est souvent synonyme d'un

obstacle à l'échange avec les collègues et les individus se sentent isolés. Leurs collègues ne les tiennent pas à l'écart. Ils ne désavouent pas totalement leurs comportements ou bien ne sont pas au courant. Mais l'individu nourrit le sentiment d'une différence. Il considère que son attitude est peu glorieuse et finit par se mépriser.

Véronique choisit un ton offensif pour exprimer cette différence. Elle contourne un « prétendu » rejet de sa toxicomanie en ramenant la frilosité de ses collègues à son égard à son « *style* ». Au boulot, ses collègues *« ne pouvaient pas imaginer ce qu'elle faisait même s'ils en avaient une petite idée. »* Mais ils la traitaient comme une marginale : « *ça oui ! »* Pourtant, Véronique ne s'embarrasse pas des apparences *: « les a priori des autres, je m'en fous ! Je m'habille comme je m'habille ! Je parle comme je parle ! Mon système de valeur me mettait en marge mais uniquement à leurs yeux ! »*

Quelle que soit la nature et la qualité des échanges avec les collègues, la consommation de drogues est pourtant en dernier ressort synonyme d'un sentiment d'isolement. L'individu se tient à l'écart, il ne parvient pas ou peu à entrer en relation. Soit parce que, écartelé entre deux univers difficilement conciliables, il ne peut pleinement s'investir dans ses relations professionnelles. Soit parce que, au-delà de la relative complaisance de ses collègues, son expérience n'est pas communicable. Soit enfin, parce que son activité professionnelle vient peu à peu se fondre dans son expérience de toxicomane.

Ainsi, Benoît a toujours réussi à masquer sa consommation de drogues à ses collègues alors même qu'il consommait sur son lieu de travail. Il ne parle jamais de son travail en tant que tel. Celui-ci n'est abordé que sous l'angle de l'organisation des moments de consommation avec un collègue alcoolique et une collègue toxicomane. Au bout du compte, son expérience professionnelle en est presque fondue avec celle de sa toxicomanie. Et son travail se réduit à l'un des éléments à gérer parmi toutes les activités requises par la consommation de drogues.

L'individu ne voit pas forcément sa capacité de travailler diminuer. Le changement est souvent essentiellement subjectif. Nombre d'individus continuent d'aller en cours ou de travailler tout en recherchant activement du produit et de l'argent par ailleurs. La conservation de leurs activités vise alors le maintien d'une intégration sociale, d'une forme de dignité. Pour Thomas, « *être dans la société c'est*

le travail essentiellement ça passe par là. Donc même au pire des degrés, il y a toujours dans ton esprit l'espèce de structure qu'on t'a inculquée : famille, travail, patrie. » Judith aussi a toujours continué à travailler. Elle estime que c'est « *normal* » et que l'usage de drogues « *ne doit pas empêcher de bosser* ».

> *« J'ai toujours bossé. Des fois j'étais malade comme un chien mais j'allais bosser ! Pour un tox normal c'est de la folie mais moi je faisais l'effort, j'allais bosser. Je me disais « merde ! Ça va passer, tant pis, je vais bosser quand même. J'aurai (*de l'héroïne*) plus tard… J'aurai à midi ou j'aurai à 14 h. D'ici là, je ne vais pas en mourir. Donc, j'allais bosser. Je pense qu'avec un peu de… Volonté un peu de... Je ne sais pas, on y arrive, on devrait y arriver (Judith). »*

Malgré tout, les activités professionnelles deviennent souvent de plus en plus le moyen de se procurer une part des revenus indispensables à la consommation de drogues. Plus l'usage de drogues est intense, plus la plupart des individus voit alterner les périodes de travail avec celles pendant lesquelles ils s'absorbent dans la recherche de produit. Cela renforce le changement de leur statut social. Les individus s'écartent de ce qui est socialement attendu d'eux. Ils s'installent dans une position qui les stigmatise. Le stigmate active à lui seul le changement de leur statut social.

Cette dominance du statut de toxicomane sur le statut professionnel change la nature des relations avec les collègues. Charlotte évoque la nécessaire incompréhension qui fait obstacle à des relations « *normales* » avec ses collègues[11] : « *il y a beaucoup de choses dans ma vie de tous les jours que mes collègues ne peuvent pas comprendre*. » Par exemple, il arrive souvent que Charlotte ne puisse se rendre sur son lieu de travail tant elle se sent fatiguée. Cet absentéisme ne peut qu'être mal interprété. Ses collègues « *ne savent pas qui elle est* », c'est-à-dire « *une toxicomane*. » La difficulté d'Erwan à évoluer dans son univers professionnel est restituée dans la honte de ce qu'il vit comme un échec. Arrêter ses études, quitter son travail, tout cela le ramène à une impossible maîtrise de soi qu'il traduit en mésestime. En conséquence, il ne s'est pas autorisé « *à en parler ou… »* Il se cachait. Pas seulement pour que « *ça ne se voit pas »* mais « *parce qu'il avait honte. »* Des rythmes pour le moins sévères que lui imposait son activité dans la restauration – « *Il m'arrivait de dormir deux ou trois heures par nuit et puis hop, dix heures de travail*

[11] Charlotte suit une formation à l'IUFM, elle use néanmoins de ce vocable professionnel.

d'affilé » –, il ne garde que le sentiment d'avoir été incapable de continuer à travailler et se prend de remords à l'égard de l'ami qui l'avait embauché. Nicolas évoque une année d'anglais à l'université qu'il a « *complètement avortée, gâchée…Gâchée à cause de la drogue*. » Il dit éprouver une honte insurmontable à l'égard d'un ami professeur qui lui a « *toujours signifié ses qualités intellectuelles : ça ! Alors ça, je ne m'en remettrai jamais ! Je n'ose plus aller le voir. »*

Au bout du compte, l'identité sociale de toxicomane fait obstacle à la relation. L'individu se cache pour ne pas être rejeté mais aussi parfois parce qu'il a honte. Parallèlement, sa consommation de drogues commande les attitudes de ses collègues. Il est soutenu ou bien tenu à l'écart parce qu'il est toxicomane. L'individu assure plus ou moins bien son activité professionnelle parfois grâce à sa consommation de drogues quand celles-ci viennent stimuler ses performances ou apaiser son sentiment d'insuffisance. Néanmoins, cette consommation écorne la satisfaction qu'il pourrait lier à sa capacité de travailler. Peu à peu, l'individu est moins employé d'une entreprise par exemple que toxicomane maintenant une activité professionnelle. Il a moins le sentiment d'exercer une profession que celui de réussir à travailler alors qu'il est lourdement dépendant des drogues. Certes, ce travail lui paraît souvent tout à fait fondamental, il est gage d'une forme de résistance à l'absorption dans la toxicomanie. Mais il « *tient* » plus qu'il ne prend plaisir à travailler. Il « *tient* » malgré sa consommation de drogues et à cause de sa consommation de drogues. Un sentiment mêlant honte et étrangeté contrarie ses relations avec ses collègues. Au cours du processus de sortie de la toxicomanie, l'expérience professionnelle charrie donc souvent une piètre image de soi. Soit l'individu n'a pas pu maintenir son activité, soit il se rappelle la dominance de son statut de toxicomane sur celui que lui conférait son travail. Facteur d'identité, ce statut de toxicomane domine peu à peu le rapport à l'autre comme à soi.

L'installation de l'individu dans une telle situation est fortement liée à la nature des relations nouées dans les mondes de la drogue. Celles-ci sapent peu à peu la dimension personnelle inhérente à toute relation.

II.2) « Les copains »

Quelques amis dans un univers de connaissances vagues

Initialement, la compagnie des « *copains* » est souvent synonyme de fête, d'aventure, d'expérience. Mais de transaction en petite délinquance, et même si la consommation de drogues se fait souvent ensemble, les relations avec les « *copains* » usagers deviennent rapidement strictement intéressées. On consomme ou on « *casse* » ensemble, « *mais après, on se sépare et chacun va retrouver sa vie* (Fabrice). » Tous les individus précisent que les relations deviennent *« des relations d'affaires ».* Charlotte avance *« qu'on a un rapport très commercial avec les gens. »* Elle continuait à *« faire la fête dans ce milieu, mais c'était une question d'intérêts. »* Elle était « *avec ces gens là parce que ce sont d'abord eux qui vont t'acheter un truc, te vendre un truc. »*

> *« Tu as besoin d'eux. C'est des rapports d'intérêts. Alors évidemment il y a des rapports d'amitié qui peuvent se dégager de ça mais c'est plus rare, évidemment* (Charlotte). »

Les relations ne sont pas affectivement chargées elles sont commandées par l'intérêt de chacun. Les individus parlent à loisir de « *copains* », de « *potes* » mais ils insistent toujours sur le fait « *qu'il n'y a pas d'amis dans la came* ». Les impératifs de la consommation laissent peu de place pour la gentillesse et l'ensemble des qualités propres à ce type de lien ne survit guère dans un système d'échanges où c'est « *chacun pour soi*. »

Le plus souvent, les « *copains* » ce sont les multiples toxicomanes côtoyés, « *les gens* » sur lesquels « *on tombe* », que « *l'on* » croise inévitablement. « *Ces gens là* » qui sont peu fréquentables : *« ce ne sont pas des gens très nets » (Charlotte)*. Frédéric en dresse le portrait le jour de l'entretien. Les « *copains* », les relations qu'il est si facile de nouer pour acheter ou vendre des produits c'est *« le type qu'on a croisé dans la rue et qui m'a tapé une cigarette* (avant de commencer l'entretien*). C'est un type avec qui j'aurais tracé avant. Ça se voit. Il suffisait qu'il y ait un feeling et crac ! Je traçais ma route avec. Je me retrouvais à Paris, n'importe où. »* Avant de « *tracer* », Frédéric n'avait pas besoin d'un échange particulier avec « *ce genre de type* ». Il suffit de le reconnaître et cette reconnaissance se fait à l'apparence : « *le type a l'air d'un tox. Ça se voit*. » Posant ses valises pour quelques jours dans une

ville inconnue, Sofian a pourtant l'adresse d'un « *copain* » qu'il va voir pour lui acheter du haschich. Ce « *copain* » est absent mais deux de ses « *copains* » lui donnent spontanément un peu d'herbe : « *c'est vachement sympa de leur part. »*

Les « *copains* » ne manquent donc pas mais des expressions telles que « *tu vis pour toi* », « *il n'y a pas d'amis* » en deviennent stéréotypées tellement elles inondent l'ensemble des entretiens. Le « *ces gens là* » si fréquemment utilisé pour désigner ces « copains » signale la démarcation entre lui et « les tox », que l'individu souhaite mettre en avant. L'expression marque également le caractère impersonnel de relations strictement commandées par les impératifs de consommation. Bien souvent, ces relations se font et se défont au gré des opportunités de consommation. La labilité des liens amicaux constitue presque une norme au sein de réseaux extrêmement structurés et codifiés par des règles que tous connaissent. Durant toute la durée de la consommation, « *ces mecs là* », venaient chez Fabrice. Mais il ne peut pas dire que c'était des amis *: « la preuve, dès que j'ai arrêté je ne les ai plus vus. Dans ce milieu là, dans ce milieu très spécial, c'était des copains »* mais pas ailleurs, pas vraiment. Parce que *« c'est tous des enfoirés, tous des menteurs (…) Il n'y a pas de confiance. On ne peut pas faire confiance* (Christian). » *« On dit qu'un toxicomane pourrait vendre sa mère, peut-être pas, mais des fois c'est pas loin* (Clément). » Les individus parlent de relations parce que *« on est un peu dans le même bateau. On se croise tout le temps. On se voit aux mêmes heures, aux mêmes endroits* (Eric) ». Mais la dominance des intérêts et l'absence de confiance, soit le fondement premier de toute relation, entrave l'échange interpersonnel. Cela porte atteinte à la construction de soi.

Pas ou peu d'amis donc parmi les usagers côtoyés. Guère plus qui ne consomment pas ou alors qui ne suscitent pas autant de verve que « *les toxicos* » dans les entretiens. L'essentiel des relations nouées du fait de la consommation de drogues est de l'ordre d'une association temporaire d'intérêts. Des liens authentiquement amicaux peuvent toutefois se nouer avec une minorité d'usagers. Ils constituent alors un support essentiel pour le soutien comme pour l'arrêt de la consommation de drogues. Les « *copains* » passent, les liens avec eux ne survivent pas à l'arrêt de la consommation de drogues. Les amis, eux, restent là. Pendant la consommation de drogues, ils sont d'un secours précieux. Charlotte a vu un de ses amis « *tracer des journées entières pour lui trouver quelque chose pour la calmer. »* Cet ami va être *« témoin à son mariage*. » Le partage de l'expérience forge *« une certaine façon*

d'appréhender les choses de la vie, plus tard. » Les moments pénibles vécus ensemble, *« ça crée des liens (*Charlotte). » Ce type de lien est toutefois marginal au sein d'un système de relations purement instrumentalisées. Les « *copains* » sont d'abord et plus ou moins longtemps nécessaires. Par la suite, « *on* » s'en éloigne relativement. « *On* » peut se débrouiller seul ou avec un minimum de relations ou bien la compagnie de ces « *tox* » devient insupportable.

Des relations purement intéressées

Tout ce qui, de près ou de loin, concerne la consommation de drogues fournit le substrat des échanges avec les toxicomanes. Les relations ne sont pas dispersées en de multiples dimensions, elles se cristallisent autour de l'acquisition et la consommation de drogues. Seul le statut et l'identité de toxicomane se trouvent actualisés dans la relation. Les autres facteurs d'identité individuels n'interviennent pas ou à la marge avec ceux, parmi les usagers, qui sont d'authentiques amis. Avec « *les copains* », l'échange fait l'économie de l'intersubjectivité, il n'est qu'échange de services cristallisés autour de la consommation de drogues. Cette cristallisation n'est pas immédiate. L'initiation puis *«* la lune de miel *»* offrent une place pour les relations interpersonnelles. Mais, plus ou moins rapidement, ce type de relation n'a plus cours. « *On perd la relation avec les gens* » nous dit Frédéric et il ajoute : « *on ne sait plus comment avoir une relation sincère avec les gens. Parce qu'en fin de compte, on a une relation pour ça (la came) et même si les gens paraissent vous aimer, il n'y a rien. Il n'y a aucune relation sincère. »*

La faiblesse des échanges interpersonnels est par exemple visible dans l'évolution du rapport individuel aux cadres et rituels de consommation. Les « *copains* » participent d'abord de l'entrain à consommer. « *On* » fait la fête ensemble. Mais le partage de l'expérience finit par perdre de son sens : *« on est seul. Par définition, le toxicomane est seul. C'est obligatoire. Il s'associe avec d'autres toxicomanes pour atteindre son but, avoir de l'héroïne. Mais c'est pas des amis* (William) ». Thomas et Nicolas éprouvent un certain malaise. L'un parle de « communion », l'autre d'une « occasion de faire la fête » à propos des moments de consommation à plusieurs. Mais ce n'est pas ce cadre collectif qui fournit son sens ou son attrait à l'expérience. Celui-ci paraît plus sûrement relégué au rang de norme contraignante qui cède aisément face à l'envie de produit. Au début, chacun consomme avec d'autres parce que *« c'est comme ça ».* Mais peu à peu, l'échange festif autour de la consommation ne va plus de soi. Ce qui devient évident, ce

qui ne pose plus question, c'est l'envie de consommer quel qu'en soit le cadre. A ce stade, quand la consommation réunit encore quelques « *copains* », le « *trip* » n'en est pas moins solitaire. Chacun étant présent à la sensation du produit pour soi, mais peu sensible à la présence d'autrui. Au début, quand ils consommaient, Thomas comme Nicolas étaient souvent avec des amis, « *à plusieurs »,* toujours *« par l'intermédiaire de ».* Mais Nicolas explique que « *c'est une phase : quand ça devient plus systématique, quasi quotidien, tu en prends tout seul, peu importe. Ce n'est plus lié à une occasion avec les potes ».*

> *« Quand tes amis ne sont pas là et que tu as un peu de poudre, on ne va pas les attendre et... Comme c'est bon, on en fait et on se dit : bon. J'en fais un tout de suite et puis quand ils seront là on en fera un autre. Très très vite, si on se retrouve tout seul, on se réveille le matin, on a un gramme, on se dit : ok. Je m'en fais un tout de suite en attendant qu'ils arrivent, mais ça n'empêchera pas de communier si on peut dire (Thomas). »*

« Les copains » comme support de la carrière et de la fin de la carrière

La grande majorité des relations avec les usagers se fait partage d'intérêts. De ce fait, les **«** *copains* » constituent une puissante ressource assurant la persévérance de l'individu dans sa carrière. Le partage de codes acquis par échanges et influences réciproques participe efficacement du franchissement des étapes. Les termes des échanges sont parfaitement clairs de part et d'autre. La maîtrise des codes varie mais l'aptitude de chacun à participer aux interactions n'est jamais complètement mise à mal par une perte de repère. Les individus peuvent y perdre, « *se faire avoir* », « *tomber* », mais toutes ces déconvenues se placent sur le terrain des intérêts, jamais sur un plan personnel. Cela renforce l'habileté de chacun dans les manœuvres et transactions nécessaires à la poursuite de la consommation.

Dans le même temps, les amis comme les « *copains*» permettent à l'individu de mettre fin à sa carrière. Les premiers directement pour le réconfort et le soutien qu'ils apportent à l'individu, les seconds indirectement pour l'effet de rappel de ce dont l'individu cherche à se détacher. Déjà, la présence et les pratiques d'autres toxicomanes côtoyés constituent un frein à la consommation. La toxicomanie se structure en étapes progressives au cours desquelles l'individu ne cesse d'accentuer quantitativement comme qualitativement son investissement dans la consommation.

Cette progression est en partie facilitée par les pairs. Mais, dans le même temps, ceux-ci modèrent l'engagement individuel par des mises en garde concrètes ou bien par l'effroi que suscitent leurs activités ou modalités de consommation. Clément a reçu les conseils de toxicomanes plus âgés qu'il a vécus comme des injonctions. Il n'a jamais « *shooté* », parce que *« ces personnes beaucoup plus âgées »* qui pratiquaient l'injection lui ont dit *: « ne shoote pas. Ne le fais pas. »* Une fois, il a demandé à une de ces personnes qu'elle lui fasse un « *shoot* ». Même réponse : *« non je ne t'en fais pas. Reste comme ça. »* Cette personne lui a fait « *une grosse ligne »* et lui a *dit : « fais-toi ça mais ne fais pas de shoot . »* En plus de ces impératifs, Clément n'est jamais passé aux injections parce qu'il a pris peur. A voir « *tellement de personnes se prendre la cheville parce qu'ils n'avaient plus de veine »,* à voir *« les bras des mecs »,* il a pris peur.

> *« Je ne sais pas, vous vous faites une piqûre, vous la faites doucement ! Moi j'en ai vu se prendre le bras comme ça* – il fait le geste de planter brutalement la seringue- *et chercher la veine en tournant !! (Clément) »*

Modérateurs ou freins à la consommation, les « *copains* » et usagers côtoyés deviennent à terme un danger. Ils peuvent inciter à la consommation par des relances ou par leur seule présence. Sofian « *rase les murs ».* Il y a *« trop de gens »* qu'il ne veut pas voir *: « par rapport à la défonce c'est trop dangereux. »* Thomas s'est *« toujours dit qu'il ne valait mieux pas fréquenter des toxicomanes ou d'anciens tox. »* Il y a les bons souvenirs, *« les histoires anciennes de souvenirs qui peuvent être très chouettes. »*

> *« Il y a quand même quelque chose de fort qui est là et puis le fait de savoir que quelqu'un a eu la même vie que toi . Tout ça c'est jamais très sain… Le fait d'être ensemble peut inciter à : ah ! Ben tiens si on se faisait une petite fête (Thomas). »*

Arrêter suppose donc de quitter les « *copains* ». Tous les individus signalent l'importance de « *couper avec le milieu* », avec « *les gens* ». Armelle a été « *formidablement aidée »* par Béatrice parce qu'elle l'accompagnait partout. Mais précisément parce qu'elle avait été « *une compagne de galère* », ce n'était pas « *la bonne personne* » pour *« la faire sortir de là ».* Armelle a du *« couper »* avec cette

amie qui pourtant était la seule à partager son intimité. Pour « *vraiment arrêter* », Christophe est allé *« s'enfermer »* chez sa grand-mère : *« plus personne n'avait mes coordonnées. Ma grand-mère était au courant, elle ne laissait plus personne téléphoner et voilà. »* Pierre et Marine se sont *« occupés de ne plus voir personne*. » Quand *« les gens* » venaient, ils leur disaient : « *c'est bon, on ne prend plus de dope, partez*. » Peu à peu, ils les ont « *tous éliminés*. »

Les usagers de drogues peuvent mettre la sortie en péril mais, paradoxalement, et précisément parce qu'ils sont usagers, ils permettent également à l'individu de conforter sa démarche de sortie. Chaque usager de drogues rencontré ou dont l'individu se souvient fait figure de repoussoir. Rappelant à l'individu ce qu'il était, ce qu'il était « *capable de faire* », les usagers de drogues renforcent son désir de ne plus consommer. Plus prosaïquement, les « *copains* » et amis aident à la sortie pour les techniques ou « *tuyaux* » qu'ils transmettent, pour l'exemple de réussite qu'ils figurent parfois. Souvent, le produit de substitution a été conseillé par d'autres, essayé avant le début du traitement. Les produits s'échangent et s'évaluent, les médecins visités sont souvent connus avant d'être choisis pour leur compétence, leur gentillesse ou parfois leur complaisance à l'égard de la consommation de drogues. François a *« entendu parler de la méthadone à la radio, à la télé, mais surtout avec des gens qu'il connaît, qui ont pris de la méthadone, qui lui ont expliqué un peu comment ça se passait. »*

Au total, les amis comme les « *copains*» constituent un puissant support de l'expérience de consommation de drogues puis du processus de sortie de la toxicomanie. Ils accompagnent l'individu tout au long de son parcours, participant de sa persévérance dans un premier temps, de la fin de la carrière par la suite. Seules les normes de l'interaction forgent le support des échanges. Le pouvoir de régulation de l'environnement toxicomane joue de manière externe sur les conduites et attitudes individuelles. Les normes de comportements tracent les lignes de progression possibles dans la toxicomanie et au cours du processus de sortie. Ce pouvoir de régulation ne structure pas l'identité personnelle. Au contraire, la personnalité individuelle ploie peu à peu sous l'identité sociale de toxicomane et la pesanteur du statut qui lui est associé. Les individus n'échangent qu'en tant que toxicomane. Cette base de relation est fonctionnelle avec les usagers pour consommer puis cesser de consommer des drogues. Mais elle porte atteinte à l'épanouissement personnel.

Identification au statut et perte d'identité personnelle

Plus le statut de toxicomane se construit, plus la substance individuelle se vide de sa consistance. Corollaire de « l'ultra-consommation », l'hyperactivité de l'individu signe l'effacement de son identité personnelle derrière le statut de toxicomane. Une forme d'assujettissement prend corps à mesure que l'individu franchit les étapes de la carrière. Cette progression dans la carrière est synonyme d'une augmentation des contraintes sociales qui pèsent sur lui. Elles finissent par écraser l'espace nécessaire à une construction de soi. Concrètement, les activités individuelles sont synonymes d'une inflation des règles et des conduites à tenir dans et hors du monde de la toxicomanie. L'individu doit respecter des normes de comportement dont le nombre ou le poids grandissent. L'acteur social prend le pas sur la personne. L'individu est enserré dans la catégorie sociale du toxicomane. L'identité chancelle, l'individu n'est plus que statut. Contrairement aux représentations communes gageant que la toxicomanie conduit à la sortie du monde social, l'individu est à ce point engagé dans des activités et des relations de nature sociale que sa personne faiblit. De puissantes contraintes sociales enfreignent l'épanouissement de sa personnalité. Dans ou hors du monde de la toxicomanie, la présence des autres est écrasante, le regard d'autrui stigmatisant. L'individu est de plus en plus identifié à un toxicomane. Ses possibilités d'être reconnu pour autre chose que cela diminuent. Lui-même peine à se définir différemment. Cela tient notamment à la présence d'autres usagers le rappelant toujours aux exigences de consommation ou de vente qui ont fini par occuper l'essentiel de son mode de vie. La recherche et la consommation de drogues requièrent *« un gros boulot »* devenu *« une galère incommensurable »* et les relations avec les toxicomanes sont qualifiées d'abominables.

> *« Entre le mec qui va te prendre la tête toute la journée pour avoir son crom (crédit) parce qu'il n'a pas de tune donc il faut que tu lui avances, celui qui est parasite, qui te lèche le cul parce que tu as de l'héroïne et puis celui qui va se pointer à n'importe quelle heure avec un flingue parfois parce qu'il sait que tu as 10 g planqués et qui veut que tu lui donnes… La sonnette elle peut sonner aussi bien à quatre heures du mat' qu'à 10h du matin comme à 8 h comme à 6 h, tout le temps. On est là pour subvenir aux besoins. A partir de là, la journée elle passe à ça* (William). »

Les activités comme les relations nouées du fait de la consommation de drogues se font intériorisation d'une identité sociale de toxicomane qui finit par prendre le pas sur tous les autres facteurs d'identité. Dominante, cette identité sociale affecte en l'avilissant le rapport de l'individu à lui-même. Le mode de vie comme les relations dans lesquelles l'individu s'investit sont strictement dictés par des déterminations extérieures. L'individu se doit de répondre au besoin de produit comme aux exigences des relations lui permettant d'accéder au produit. Capable d'agir afin de répondre à ses besoins, l'individu n'en est pas moins dépossédé de toute prise en charge de son corps. En elle-même, la consommation de drogues est une violence physique que l'individu se fait. Cette violence représente un type de mépris de soi qui détruit toute relation positive à soi (Honneth, A., 2000). La dépendance est synonyme de souffrances physiques mais elle est plus encore synonyme d'un sentiment d'aliénation à une volonté ou à l'action de déterminants extérieurs. Ce sentiment représente une humiliation qui affecte lourdement le rapport à soi.

Parallèlement, la nature des relations nouées avec les usagers de drogues participe de ce processus d'avilissement qui altère l'établissement d'un rapport positif à soi. L'individu énonce une forme de honte présidant à son renoncement aux drogues. Ce sentiment est d'une part directement lié au contrecoup des actes commis. L'individu a enfreint des normes morales par lui-même valorisées, il s'en trouve diminué à ses propres yeux. L'individu est pris dans « une sorte d'affaiblissement du sentiment de sa propre valeur : éprouvant le contrecoup de son acte, il a honte de lui-même, parce qu'il découvre qu'il ne possède pas la valeur sociale qu'il s'attribuait jusque-là » (Honneth, A., 2000, p. 168). La honte est aussi liée aux échanges avec les usagers de drogues. L'inconduite des partenaires d'interaction suscite un sentiment d'infériorité. Le degré comme le type de transgression varie d'un individu à un autre. Mais l'individu reconnaît l'autre comme un toxicomane et sait être perçu sous l'angle de cette même identité. En conséquence, les exactions commises par les autres toxicomanes empêchent l'individu de se considérer comme doté de la moralité qu'il pensait avoir conservée. Même exécutées par d'autres, la transgression de valeurs idéalisées par l'individu lui donne le sentiment d'en être dépossédé. « Partisan des normes sociales », l'individu est « dégoûté » par les comportements de certains toxicomanes. Mais ces autres sont aussi des semblables, *« des gens comme moi »* nous dit Christophe. L'individu se sent « retenu par son identification sociale et

psychologique avec (ces) coupables, de telle sorte que la répulsion se transforme en honte, et la honte en mauvaise conscience de l'éprouver » (Goffman, E., 1975, p. 129.)

Une autre dimension des relations avec les toxicomanes affecte le rapport à soi. Ces relations ne font pas de place à l'échange interpersonnel. La sollicitude comme le partage d'affects n'a pas lieu d'être ou n'existe pas dans des interactions purement instrumentales. Les individus décrivent « *le milieu* » comme un monde sans confiance, où chacun n'est présent à l'autre qu'en tant que pourvoyeurs potentiels, de produit ou d'argent. Cette absence de confiance est aussi celle que l'individu ne parvient pas à se porter. Si l'on suit Honneth (2000), la sollicitude mutuelle forge l'élaboration de la confiance en soi, premier degré d'établissement d'un rapport positif à soi-même. Cette sollicitude ou amour se loge dans les relations primaires, notamment familiales et amicales. Dans le cadre de ces relations affectives, en se plaçant « dans la perspective normative de son partenaire d'interaction », l'individu « reprend les valeurs morales de ce dernier, pour les appliquer à la relation pratique qu'il entretient avec lui-même ». Ce faisant, il « prend confiance en ses propres capacités émotionnelles » et accède aux sentiments de confiance, de dignité et d'amour qu'il s'applique à lui-même. Or, il n'existe pas de lien amical avec les usagers de drogues. Chacun se trouve réduit à son statut de toxicomane, dégradant, qui correspond à un mépris de soi par soi et par l'autre. Une forme de violence préside aux échanges comme au rapport de l'individu à lui-même. Pas tant la violence des rixes émaillant parfois les interactions, que celle liée à l'absence de considération mutuelle.

L'identification au statut de toxicomane relève d'une rationalisation de la consommation à laquelle se livre l'individu. Le franchissement d'une étape dans la carrière n'est possible qu'à la faveur d'une réinterprétation de l'engagement personnel. L'individu doit repousser le seuil des limites qu'il posait comme rédhibitoires jusque là. Chaque avancée dans la trajectoire est donc un pas que l'individu fait contre lui puisque ce pas vient contredire ce qu'il affirmait jusque là. L'individu dépasse ses propres interdits. A terme, il lui devient difficile de soutenir ce qui lui apparaît comme une succession de trahison de soi. La démarche individuelle brouille la vision de soi et sape fortement la confiance que chacun accorde à sa volonté. Le poids du stigmate et sa traduction en termes de faiblesse de l'identité

personnelle vient redoubler cette difficulté. La confiance en soi acquise dans l'expérience de l'amour faite dans les relations familiales notamment, devient perte de confiance en soi et dans le monde, ce qui affecte le rapport à soi comme à l'autre. Cette altération du rapport de l'individu à lui-même se manifeste dans la difficulté d'entrer en relation et dans l'incapacité d'avancer pour soi comme pour l'autre un « je » figure d'une identité personnelle. Considérablement affaibli par la pratique comme par les échanges avec les usagers de drogues, ce « je » plie également sous le regard de l'individu. Les sentiments d'insuffisance et de honte dominent le regard que chacun porte sur soi.

III) Récits de toxicomanies : « l'engrenage »

A entendre les récits du parcours dans la toxicomanie, on ne peut manquer de noter leur grande similitude. « C'est toujours la même histoire », « le parcours classique » avancent certains pour écourter l'exposé d'un récit qu'ils vivent parfois comme un décompte, un rapport inévitablement attendu. Habitude ou lassitude, nombreux sont ceux qui commencent « l'histoire » tout seuls. D'autres énoncent un « *alors voilà* », « *vous voulez connaître mon parcours c'est ça ?* », en accroche d'une réponse qui s'annonce longue. La longueur de l'exposé n'a souvent pas valeur de spécificité. Les débuts, comme le corps du récit s'apparentent les uns aux autres. En premier lieu, il s'agit toujours d'âge et de produit. D'emblée centré sur la consommation, le récit est rapidement celui d'un engrenage. L'individu est de plus en plus pris par le besoin de produits et il s'installe dans une mécanique prévisible qui voit alterner le manque et la satisfaction, les arrêts et les reprises de consommation. Celle-ci est de plus en plus fréquente, de plus en plus importante.

Il est évident que le recueil du récit de vie de toxicomane requiert cet exposé de la toxicomanie. Quand les questions adoptent une succession chronologique, elles participent de la facture linéaire du récit. Malgré tout, les individus reprennent souvent d'eux-mêmes le déroulement de « *l'engrenage* » après s'être arrêtés sur un questionnement annexe. Et le ton monocorde souvent employé à l'endroit de cet exposé, ajoute à l'impression d'une destinée toute entière dictée par les effets des produits. Frédéric rentrait chez lui *« pour se faire son trou »,* il ressortait *« pour faire*

son business. » «Tout le temps : les trous, le business. Et puis voilà. Ma vie c'était ça. »

L'impression d'un déterminisme est également rendue dans les accès d'héroïsme qui forment le pendant de la monotonie. La trajectoire est souvent émaillée « d'expériences limites » présentées comme des exploits. Songeant à une nouvelle cure de désintoxication Philippe a soudainement été pris d'une peur panique : « *à la dernière décroche qu'il avait faite, il ne prenait qu'une boîte de néocodions par jour. »* Et pourtant *« c'était horrible ».* Les infirmières lui ont raconté qu'il s'automutilait, se jetait contre les murs. Quand il a songé arrêter de nouveau, il prenait sept boîtes de néocodions par jour, *« une boîte toutes les 4 heures : alors là ! Souffrir sept fois plus ! ! »* Stéphane, lui, a concrètement subi ce traumatisme qui a ébranlé Philippe. Il a enduré les douleurs difficilement soutenables d'un priapisme de huit jours avant de subir des interventions chirurgicales non moins torturantes : *« double pontage à vif dans la verge . J'étais bouillant de sang. On m'a placé des caméras à l'intérieur, il y avait des traces d'héroïne partout. Des gros caillots. Les infirmières n'ont pas supporté. Elles sont sorties. »*

Les « prouesses » ne concernent pas seulement les effets de la consommation. Le trafic de stupéfiant est également synonyme de risques dont l'enjeu est parfois vital. Evoluer dans « *le milieu* » suppose des dispositions peu ordinaires. Frédéric raconte des épisodes *« vraiment tendus*[12] *».* Il lui est arrivé de se faire voler un blouson qui contenait vingt grammes d'héroïne dans les poches : « *Alors aller expliquer que vous ne pouvez pas rendre les sous quand on vous menace de vous jeter à la Garonne, que vous êtes accueilli au calibre ! »*

De telles expériences rapportées laissent interdit. Et on ne saurait banaliser les ressources mobilisées par les individus face aux aléas et aux risques de leur parcours. Physiquement, moralement comme psychologiquement, ils déploient une vitalité peu commune, participant de leur endurance comme de leur sortie de la toxicomanie. Mais paradoxalement, souligner avec force de dramatisation ces exploits personnels inversant un instant le cours de l'engrenage, permet à l'individu d'insister un peu plus encore sur la force des déterminations qui ont eu raison de sa bravoure. Ces « expériences limites » peuvent aussi être livrées sans plus d'éclat. L'individu les

[12] Pour le récit et une analyse de la violence des relations entre dealers et usagers d'un certain « monde de la drogue », voir Bourgois, P., *In search of respect. Selling Crack in el Barrio*, Cambridge University Press, 1995.

expose au même tempo que l'ensemble de son parcours. En tout état de cause, héroïsme ou continuité dans la voix, le caractère quelque peu machinal du récit, la similitude des étapes restituées confèrent aux propos un caractère fortement impersonnel. Il est possible d'y voir l'expression d'une lassitude, d'une indifférence à soi, l'individu paraissant détaché de son histoire de vie. Il est aussi possible d'associer cette impersonnalité du discours à l'expérience de consommation de drogues. En effet, le parcours individuel peut être lu comme un processus d'enfermement à l'intérieur de soi ou de la sensation du produit. La consommation de drogues serait tentative de construction de soi. Une tentative menée à l'excès qui finit par se retourner en perte de soi.

D'un côté, la structure narrative comme le corps du récit expriment la lourdeur des déterminations influençant la trajectoire de consommations de drogues, d'un autre côté, la relative absence de l'individu à l'échange figure une faible assise personnelle. L'individu ne livre pas son histoire, il conte une succession d'événements desquels il se tient distant voire absent. Présentant la consommation de drogues comme un choix, l'individu cherche à souligner son libre arbitre. L'incrimination simultanée de multiples influences extérieures lui ôte tout aussi radicalement une participation même marginale à son histoire et jusqu'au récit de cette histoire. L'association de ces deux dimensions dans les discours parle pour la faiblesse de l'assurance personnelle.

Les individus sont aux prises avec le sentiment de ne pas pouvoir se faire confiance. La toxicomanie serait, en dernier ressort, synonyme d'une perte de contrôle de soi. A l'échelle des entretiens, l'absorption des « je » dans des « tu » ou « on » de plus en plus fréquents signe cette déperdition personnelle.

> *« **Je** me réveillais à 4 heures du matin pour aller bosser à 8 heures, à 4 h parce que, de peur que **tu** ne trouves pas une veine, de peur que, **tu** sois en retard parce que **tu** ne trouves pas que tu te foutes à côté* – que le shoot soit raté *(Judith). »*

Le contenu et l'aménagement des récits traduisent un processus de perte de maîtrise de la réalité qui est aussi une forme de perte de soi. « *On marche à côté de soi-même* » nous dit Sofian.

Les individus appréhendent leur parcours passé sous la forme d'un danger permanent de rechute. Ils ont peur de « *retomber* », de « *craquer* », de « *céder* » à

l'attrait du produit. Ils craignent leurs propres réactions, ne peuvent jamais totalement se fier à leurs résolutions, précisément parce qu'ils ont expérimenté leur capacité à perdre le contrôle d'eux-mêmes. Chacun se vit donc comme « *quelqu'un de faible* ». Il y a ce que « je » ne veux plus faire et ce « qu'on » a été capable de faire. « Je » veux arrêter mais « on » ne peut jamais savoir comment « on » va réagir.

> *« **Je** ne sais pas, **je** ne sais pas du tout. **J**'ai pas envie, de retomber c'est évident… Mais quand **on** a goûté un produit enfin, quelque chose qui plait, si **on** vous en propose comme ça... **On** peut refuser tout à fait. **On** peut refuser une fois, dix fois mais **on** peut aussi craquer(Fabrice). »*

Les glissements incessants entre « je » et « on » donnent corps à cette incertitude logée à l'intérieur de soi. A y regarder de près, la crainte qui en découle est encore renforcée par la représentation personnelle de la toxicomanie. C'est un univers de déterminations indéfinies qui est dépeint quand les individus évoquent la toxicomanie. Entre le hasard et l'infortune, les mauvaises rencontres et l'environnement défavorable, la dictature du « ça » et les débordements du « on », leur participation à cet univers de contraintes extérieures perd toute consistance. La toxicomanie s'éprouve sur le mode d'un dessaisissement. Perte de prise sur la réalité et évincement du « Je » inondent les discours. Les individus content l'histoire d'un engrenage évoluant jusqu'à « la chute finale ». Histoire à sensations parfois quand elle est adressée à autrui, leur histoire de vie laisse peu de place aux sensations personnelles. Le vocabulaire, l'imagerie, les tournures utilisées structurent le récit à l'impersonnel. Et l'individu s'évapore dans un enchaînement trouble de déterminations insaisissables.

« *Au début **c**'est bien* ». Mais « *petit à petit », « à force à force », « **ça** devient moins bien » (*Christophe). « ***Ça** devient un cercle vicieux* » (Luc) et « ***ça** bouffe la vie » (*Judith). « *C'est automatique... Obligé* » (Joël) ou, quand l'ironie s'en mêle, c'est « *de fil en aiguille* » (Philippe). Mais « *de toute façon, plus ça va, plus il faut en prendre* » (Julien).

Un cortège de « donc », « et puis », « et après » marque, au plan du discours, l'engrenage éprouvé dans la réalité. Bien loin d'établir des connexions entre des causes et leurs effets, ces locutions ont valeur de liens verrouillant le corps du récit. Raccords purement formels, elles ponctuent plus qu'elles n'éclairent la succession

d'événements rapportés. Ce sont d'ailleurs ces événements qui emportent l'évolution du récit. En témoigne l'abondance des formules détournées qui initient le propos. « Il arrive » toujours quelque chose « qui fait que » la mécanique s'emballe. « Il y a » les gens qui sont *« toujours sur Bordeaux » (*Damien), les gens que l'on rencontre *et « qui font tomber les craintes » (*Dorothée). Les gens « *qu'on connaît plus ou moins, qu'on est amené à voir assez souvent et petit à petit... On s'y met » (*Jean Marc). Ou bien, « *il se trouve que* », « *le type* » rencontré *« par hasard* » connaît « *quelqu'un* » qui consomme ou *« prend des trucs » (*Julien) : *« c'est toujours comme ça que ça arrive. Un jour, il se passe une rencontre qui fait que ça recommence » (Thomas).*

Ce jour là pour Thomas, *« il y avait un type qui était en train de piquer du nez sur le comptoir de la pharmacie dans laquelle il était entré pour acheter une connerie. Il a immédiatement compris ce qui se passait pour lui* ***et donc*** *il l'a attendu à la sortie. Il lui a demandé s'il n'avait pas « quelque chose ». Le type ne s'est pas méfié. Il lui a dit : vient avec moi.* ***Et puis voilà****. Il est monté chez lui* ***et puis*** *il a recommencé .* ***Il se trouve qu****'il a revu ce mec.* ***Et puis*** *ce type rencontré par hasard avait un très bon plan.* ***Et donc*** *il y a remis, royalement toute son énergie.* ***Et puis bon.*** *Le plan de ce garçon s'est interrompu,* ***alors,*** *il a* ***retrouvé*** *d'autres plans* ***comme ça, à droite à gauche****.* ***Et donc*** *il* ***s****'est* ***retrouvé*** *accroc. »*

En plus des « *mauvaises rencontres* », il y a *« les concours de circonstances qui font que* » (Christophe). Et même parfois c'est *« l'héroïne qui est amenée », « qui arrive »* quand ce n'est pas l'individu qui *« tombe dessus »* parce que *« c'est très facile de tomber dessus* » (Clément). Quand Julien est arrivé à Bordeaux, *« il y a eu l'héroïne, après il y a eu les amphétamines qui se sont mis dessus. »* Judith, elle, était toujours avec « *une bande de copains. » « Et puis, elle ne sait pas pourquoi, mais la poudre est arrivée ».* Elle et ses amis ont essayé. « *Et puis, le schéma classique, de fil en aiguille »,* tous sont *« tombés accroc : la poudre est arrivée dans la bande et au fil des années, elle l'a destructurée. »*

Insidieuse, l'installation de la dépendance n'en est pas moins rapide. Chacun s'essaye donc rapidement à la décroche. Mais « *manque de chance* », « *pas de pot* » ni de « *veine* » les effets ou occasions de relance ne manquent pas.

*« **Les gens** forcent (...)on en propose »(*Dorothée). *« **On** évite **les gens.** Mais quand ils passent... Boum ! **C'est l'héroïne qui sort** et c'est pas évident (...) **Ça** nous relance tout le temps, tout le temps » (*Jean Marc). Pour Christophe, l'environnement

s'en mêle. *« **Il s'est trouvé qu'**il avait un appartement à St Pierre et c'était vraiment pas l'idéal. Il avait des dealers qui arrivaient en bas de chez lui. **Donc**, il n'a pas tenu longtemps. »* Clément, lui, a subi l'influence néfaste d'une région *« qui n'aide pas ». « Il faut expliquer la région aussi. Je vis à 250 km de la Hollande ou alors à 7 km de l'Allemagne. **Donc là-bas,** il y avait plus de drogue au km2 qu'à Paris. Là-bas, **c'est directement de l'héroïne que vous trouvez. »***

Avec l'héroïne, ce « *qui arrive* » aussi ce sont les problèmes, *« les galères » (*Joël), « *les malhonnêtetés* » (Julien). *« Forcément* », puisque *« on ne pense plus qu'à ça » (*Christophe), puisque *« on laisse tout tomber » (*Frédéric) et *« qu'avec ça, au bout d'un moment on n'a plus d'argent » (*Isabelle). Alors, *« **tu** maigris. Et puis le moindre effort, **tu** ne peux pas. **Tu** ne peux pas travailler. Alors **tu** zones, **tu** t'en fous. **Tu** touches ton RMI, **tu** ne fous plus rien* » (Eric). Ou bien *« **Tu** te débrouilles... Obligé » (*Erwan). *« Il est arrivé »* à Christophe de *« piquer une voiture ».* Erwan *« a été amené à »* dealer. Ça lui était *« très pénible »* même si *« ça l'arrangeait parce que financièrement c'est très dur* . Il avait honte *« mais **on** est bien obligé de **se** débrouiller ». « C'est obligatoire de toute façon »* avance William. Julien aussi a fait *« des petits cambriolages, des malhonnêtetés. **Mais justement parce qu'il a rencontré des gens** qui faisaient ça pour s'en sortir financièrement. »*

Manifestement dépassé par « les événements » l'individu serait donc amené à adopter des comportements qu'il réprouve et surtout entraîné à la poursuite de sa consommation. Son récit ne peut être perçu sous l'angle du cynisme dans la mesure où lui-même bascule dans l'incrédulité à l'évocation de ses conduites passées. Pour Fabrice, « *évidemment **on** trouve. Pour trouver, **on** trouve*[13] *».* Mais il ne sait pas comment « *on* » fait. Surtout que *« **on** n'y arriverait pas pour autre chose, pour des fringues ou n'importe quoi. »* Mais pour l'héroïne « ***on** y arrive* ». Sans doute parce que *« de toute façon **on** ne peut faire que ça ».* Philippe aussi reste interdit. Quand il était toxicomane, tous les matins il lui fallait trouver mille francs alors qu'il n'avait *« pas un rond en se levant. »* Le soir, il avait trouvé. Ce tour de force lui paraît d'autant plus surprenant qu'aujourd'hui, s'il lui fallait réunir la même somme d'argent chaque jour, *« ce serait impossible de la trouver ».*

[13] S.e : de la drogue.

Exprimée à la première personne du singulier, l'identité propre de l'individu fait de brèves apparitions, rapidement noyées dans un univers d'obligations débordantes.

> *« **Je** pars du principe que c'est une accumulation de mauvaises rencontres. Mais ça c'est parce que **je** me suis aussi mis en situation de rencontrer beaucoup de gens… La vie nocturne, **on** trouve beaucoup plus de produits que la journée... **C'est automatique** et **on** est plus tentés à essayer des produits la nuit que le jour(Christophe). »*
>
> *« Oui **je** continuais. Mais c'est toujours pareil, tant qu'**on** en a, tant que ça tourne, **on** est bien. Dès qu'**on** commence à sentir le manque, s'il y en a ça continue à aller bien, s'il n'y en a pas, il faut se bouger et là... il y a malaise (Frédéric). »*
>
> *« **Je** voulais arrêter mais… **Arrive un moment** où **on** se croit assez costaud. Quand ça fait un petit moment, **on** en reprend un peu… Et **ça** recommence (Julien). »*

« **Ça** » recommence donc, et, de Charybde en Scylla, « ***on*** *tombe* ».

On tombe, on laisse tomber. On tombe dedans, on tombe dessus, on tombe accroc, en manque, malade, en prison... On laisse tomber son boulot, sa copine, ses amis, on laisse tout tomber... On arrête, on a peur de retomber, on replonge, on n'a plus envie, on a peur qu'on nous laisse tomber.

> *« **Je ne savais pas** que j'allais tomber dans ce système de drogue et... Le problème c'est qu'**on ne se rend pas compte qu'on** est en train de tomber dedans (Kalil). »*
>
> *« **On** est tellement mal que... Dès qu'**on** a une occasion de replonger, **on** en prend. C'est pas pour replonger, c'est pour être mieux, moins mal. Parce que quand **on** arrête, si **on** veut arrêter, dans la tête **on** se retrouve... C'est vide, il y a un grand trou (...) donc là, **ça m'est arrivé** à Paris d'être comme ça **et**... **J'ai tout laissé tomber** (Julien). »*
>
> *« **On** veut bien arrêter mais si après il n'y a rien, il n'y a pas de boulot pas de famille rien, que tout le monde **nous** laisse tomber, **on se retrouve livré à soi-même** (Renaud). »*

A force d'avoir « *craqué* », d'être tombé, « *on* » vit avec la peur de « *retomber*, *replonger*, *rerentrer dedans* ». Matthieu pense avoir *« éliminé son problème de toxicomanie. »* Mais il ne faut pas *« qu'il oublie ».* Il pourrait *« replonger ».* Jean

Marc connaît *« des gens qui gèrent. »* Mais lui, s'il *« refait ça, il va y retomber dedans. »*

Alors, **on** évite, **on** ne sort plus, parce qu'il va y avoir « untel ». Pas envie, peur de retomber. Houari a peur de retomber malade comme cela lui est déjà arrivé. Il était *« mal mal mal »*. Il avait perdu *« je ne sais pas combien de kilos. Il n'avait plus sa tête . « « **Il s'est vu** comme ça. **Quand on arrive à ce stade**, ça craint. »* Fabrice se sent fort. Il *« a le subutex et beaucoup de volonté ».* Mais s'il arrête le subutex, *« est-ce qu'à l'occasion, il ne pourrait pas replonger ? »*

L'impact d'une telle peur de la déperdition, tient également au sentiment individuel de ne savoir spécifier le point de chute. On tombe « *dedans* », « *là-dedans* », « *dans ce système ». « Ça »* nous relance, « *ça* » reprend. Le point de chute reste indéfini et par là même insaisissable. Le « *système* » est synonyme d'échange, mais les échanges avec les usagers ne sont pas personnalisés, les relations avec les proches sont perverties par « *ça* ». Du coup, dépourvue de dimension personnelle, l'expérience en perd son caractère d'expérience. Et l'individu s'absorbe « *là-dedans* ».

« Réaction du sujet »

A entendre les discours individuels, la toxicomanie passe pour une entité d'allure autonome. Elle est du moins vécue ou présentée sur le mode d'une absence. Absence de prise sur l'évolution de la trajectoire et absence à soi. Les individus en infèrent des sentiments de peur, de manque de confiance en leur volonté ou capacité de résistance et de choix. C'est l'expérience d'un abandon de soi et d'une dissociation entre un « je » dépassé et un « on » emporté par « ça » qu'ils gardent en mémoire. A tel point que, plus que la dépendance au produit, l'individu redoute d'être livré à soi-même. L'écrasement de l'individu sous la force de détermination de la pratique ainsi que sous l'identité de toxicomane signale la faiblesse de l'identité personnelle et la difficulté d'affirmation de soi. C'est une défaite du sujet qui est dépeinte. En détaillant les mécanismes d'un engrenage, les individus signalent combien leur parcours n'a pas ou plus le sens d'une expérience. « Le principe du mal, du non-sujet, n'est plus en nous mais à l'extérieur, dans le pouvoir, l'anonymat, le changement constant ou l'enfermement. Autrement dit, c'est le non-sens qui est au-dessus de nous

et le sens ne peut apparaître que si nous nous reconnaissons comme fin principale de notre action (Touraine, A., 2000, p. 117). »

On ne saurait pourtant retenir uniquement cette dimension de destruction du sujet apparente dans les discours individuels, soit, enfermer l'individu dans le manque de personnalité qu'il manifeste. Déjà, on peut penser que le discours de « l'engrenage » est le seul autorisé. Face à la prégnance du stigmate affectant la consommation de drogues, l'individu court le risque d'être un peu plus « diabolisé » s'il fait part de ce qui, dans sa trajectoire lui a donné du plaisir, lui a apporté « quelque chose ». En conséquence, plutôt que de conclure à l'inexistence de toute expérience personnelle, on peut penser que l'individu garde ce « quelque chose » pour lui. Le sentiment d'une perte de soi n'en est pas moins réel. Mais c'est précisément ce qui rappelle l'individu à lui-même comme en témoignent les formules à partir desquelles il rend compte de sa décision de sortie.

« J'ai eu peur (Simon). »

« Je me suis fait peur tout seul (Arthur[14]). »

« Je ne peux plus me leurrer (Matthieu). »

« Je ne voulais plus (Thomas). »

« De toute façon j'avais ça en tête, et puis là, je suis tombé dans un trou. Ma femme était enceinte et ou alors je perdais tout et puis moi tout perdre pour ça j'ai dit non alors là ! (Henri) »

« Je voyais que tout m'échappait : ma vie étudiante, ma vie sentimentale, mon intimité donc là j'ai... C'est là que j'ai commencé à vouloir arrêter (Charlotte). »

« On se voit dépeint d'une certaine façon que soi-même on ne s'imaginait pas comme ça. On se dit : non c'est pas possible. Et en fait on s'aperçoit que si effectivement, on est effectivement comme ça et là, il y a quand même une étincelle en soi qui est là qui dit : non non(Julien). »

Au pessimisme souvent sans appel quant à la permanence d'une subjectivité des toxicomanes répond ici un « optimisme tragique » (Mounier, E., cité par Ladrière, P., 1991). L'influence du produit, du système relationnel dans les mondes de la drogue entre autres déterminations participant de l'écrasement de la personne, n'ont pour autant pas raison de toute capacité de résistance personnelle. Pris dans une « situation

[14] Témoignage publié dans *Libération*, juillet 2001.

extrême », ou parce que sa situation lui paraît extrême, l'individu s'appuie sur un « ressort » sans doute « invisible » (Fischer, G.N., 1994) forgeant une détermination de sortie de la toxicomanie. L'individu prend peur, il décide d'entrer en traitement. C'est cet engagement qui est remarquable tout comme cette volonté de s'aider d'un traitement pour ne pas sombrer. En effet, la mobilisation du traitement de substitution ne correspond pas à une valorisation du traitement en tant que tel. Ce qui importe c'est de se dégager de la dépendance aux drogues. L'individu n'y est pas parvenu tout seul, il s'oblige à entrer en traitement.

IV) Envisager le traitement

IV.1) Un choix contraint

Juste avant l'entrée en traitement, il est autant de situations, de difficultés et de problématiques, que d'individus sollicitant un traitement de substitution. La durée tout comme le contenu du parcours toxicomaniaque dessinent chaque fois une trajectoire individualisée. Les dimensions objectives de la trajectoire menée, les pratiques toxicomaniaques de même que leurs conséquences somatiques, sociales, psychologiques, mais aussi le regard que l'individu porte sur son parcours, conduisent à des situations avant traitement chaque fois différentes. Par exemple, quoi de commun entre le parcours d'Ima et celui d'Hélène quand la première entre en centre méthadone après deux ans de sniff d'héroïne alors que la seconde obtient une place après « *vingt-cinq ans de came* »? Que partage Kalil qui a passé onze ans de sa vie en prison « *à coup* » de séjours répétés, avec David, qui a fait des études supérieures avant de travailler tout au long de sa trajectoire toxicomaniaque ? Comment Lionnel et Sylvain pourraient-ils partager le sentiment d'avoir vécu la même chose quand le premier a inscrit sa consommation d'héroïne dans le cadre des activités délinquantes auxquelles il se livrait dans sa cité, alors que le second l'a élevée au rang d'une révolte « contre culturelle » ? [15]

Pour autant, au delà de la diversité recensée dans les paramètres définissant les situations individuelles, il semble que les individus se retrouvent sur une certaine représentation du traitement de substitution. D'un côté, l'image avancée est celle d'un

[15] Ce ne sont là que des illustrations allant dans le sens d'une impossible globalisation de « la toxicomanie ». Il n'existe pas une toxicomanie ou un type « du toxicomane » mais des pratiques d'usages de drogues et des individus qui consomment des substances illicites.

dégagement contraint, de l'autre côté, le programme de substitution prend les traits d'un passage obligé.

Pour certains, la contrainte s'incarne directement dans une injonction de soins issue d'une interpellation judiciaire qui a mis à jour un usage de stupéfiants[16]. La poursuite de la consommation devient pratiquement impossible puisque l'individu se doit d'honorer la requête de l'instance judiciaire sous peine de poursuites pénales à son infraction. L'entrée dans le programme relève ici concrètement d'une démarche forcée. C'est le cas de Myriam qui est entrée dans le programme à la suite d'une injonction thérapeutique. Pour d'autres, la demande est forcée d'un autre point de vue, encore issu d'un paramètre extérieur. C'est le cas d'individus déjà engagés dans une thérapeutique de substitution mais dont le produit s'est vu retirer son autorisation de délivrance[17]. Ainsi, Eric suivait un traitement au Moscontin en médecine de ville depuis deux ans quand il a été dans l'obligation d'entrer en centre méthadone. Pour expliquer son parcours, il adopte un ton résolument amer.

> *« J'étais très bien chez mon médecin et j'ai du changer parce que le sulfate de morphine est arrêté depuis juillet 1996, la loi est passée. Pour en avoir, il faut l'autorisation du médecin conseil de la sécurité sociale[18]. J'ai eu cette autorisation mais tu ne l'as que jusqu'à une certaine date et là c'est : est-ce-qu'il supporte le subutex le monsieur ? non, mon patient ne supporte pas le subutex. Alors le monsieur a droit au moscontin jusqu'à telle date et après il passera à la méthadone (Eric). »*

Ici, c'est moins la consommation d'une substance illicite que la prise d'un produit de substitution qui devient impossible. Il n'en demeure pas moins que la demande de produit de substitution repose sur une obligation clairement étrangère aux souhaits de l'individu. La contrainte est souvent double puisqu'elle suppose l'abandon d'un produit satisfaisant jusque là les aspirations individuelles et l'entrée dans une institution soignante. Or, pour les patients des centres, cela signifie un protocole qui apparaît concrètement lourd. Il engage les interventions d'une équipe et

[16] Dans la législation actuelle datant de 1970, l'usage simple de stupéfiants est pénalisé mais l'individu peut se soustraire à sa peine s'il consent à entrer dans une structure de soins. C'est le dispositif de l'injonction thérapeutique.

[17] Seules deux substances disposent à ce jour du statut officiel de « produit de substitution » : la méthadone et le subutex.

[18] Eric souligne ici avec cynisme ce qui lui apparaît comme une procédure injustement contraignante.

repose sur les règles d'une institution là où seul un médecin généraliste assurait la prise en charge. Cette lourdeur est aussi celle, subjective, qui découle du sentiment que le traitement est synonyme de stigmate. En effet, la présence dans un cabinet de médecine générale peut avoir des significations multiples là où le statut de patient d'un centre méthadone rend la toxicomanie visible ou marque chacun d'un sceau distinctif. Les patients des centres peuvent désormais être identifiés avec ou à partir de leur toxicomanie, à laquelle est souvent associée une représentation des plus exclusives ou discréditables (Goffman, E., 1975).

> *« Moi actuellement, j'ai l'impression qu'ils m'ont enlevé l'étiquette de toxico mais qu'à la place ils m'ont mis l'étiquette de méthadonien. Et pour beaucoup de personnes, un méthadonien, c'est un mec qui a le sida, qui va mourir et qui est dans un centre spécialisé, qui ne peut pas exister comme tout le monde (Kalil). »*

Une autre forme de contrainte, motive le plus souvent la démarche, celle directement subie par l'individu au moment où il se voit « trop profondément engagé dans l'expérience (toxicomaniaque) pour la considérer à la manière d'un observateur détaché et corrélativement pour avoir un contrôle sur la forte charge émotionnelle ou de sentiments dont cette expérience s'accompagne » (Elias, N., 1995). Un épuisement tout à la fois physique et psychologique des individus face à la force de contrainte de la consommation de drogues déclenche le renoncement. Les individus sont alors malades ou ont peur de l'être. Ils n'ont plus de forces ou ont peur d'en manquer. Subjectivement, ils ne parviennent plus à « se dissimuler l'étendue de leur assujettissement par des constructions imaginaires ou chargées affectivement ». Autrement dit, ils se heurtent à une double incapacité de contrôle externe et interne sur l'expérience qui leur révèle si ce n'est l'épuisement de celle-ci, du moins son impossibilité. Deux logiques de l'expérience toxicomaniaque ont atteint leur paroxysme. L'individu n'est plus en mesure d'assurer concrètement son approvisionnement en drogues et il éprouve plus de souffrances physiques que de satisfaction. L'individu est également pris dans des souffrances d'ordre moral. Un sentiment de perte de soi forme comme un déclic impulsant sa volonté de sortie de la toxicomanie.

> *« On ne sait plus qui on est, ni ce que l'on représente (Antoine). »*

> *« On ne sait plus ce qu'on est et ce qu'on serait devenu (…) J'ai arrêté pour les mêmes raisons qui m'en ont fait prendre tous les jours : l'absence d'émotions (Arthur). »*

Parties prenantes du renoncement aux drogues, ces deux logiques se soutiennent et se renforcent dans un mouvement circulaire. En plus d'induire des souffrances physiques de plus en plus insoutenables et menaçant le bien-être et la survie de l'individu, la perte de la maîtrise de la pratique, l'installe dans une extrême insécurité qui neutralise peu à peu son assurance ou contrôle de soi. Ceci alimente en retour sa dépendance. L'individu est alors face à une injonction. La sortie de cette dépendance circulaire lui apparaît comme un impératif dont l'acuité n'avait jamais été aussi vive. Certains comme Joël, ont conscience *« d'avoir fait un certain parcours avec la came »,* d'être arrivé au point *« où le corps n'en peut plus : avec l'âge, on ne peut pas réagir pareil. Ce n'est plus comme à vingt ans. A vingt ans, je prenais, je prenais, je prenais, je n'étais jamais malade. Et depuis c'est fini. Le corps a dit stop. »*

Le rejet de la substance vient ici du corps, les souffrances renvoyées disent une impossibilité physique à poursuivre la consommation. Parfois, c'est même l'ingestion de la substance qui s'avère physiquement impossible. Baptiste et Laetitia ne peuvent *« même plus se shooter»,* ils n'ont *« plus de veines ».*

> *« Je suis sclérosé de partout. J'en suis même arrivé à me taper dans les veines du front. Alors ça devenait de la folie. Donc j'ai décidé d'arrêter. Même si j'avais du fric ou de la dope je ne me trouvais plus donc ça ne rimait à rien (Baptiste). »*
>
> *« C'est l'écoeurement. Quand tu mets trois heures pour arriver à te piquer, quand tu mets du sang partout, c'est atroce, tu te fais mal, t'as les bras... Tu te fais des abcès, ça devient crade, c'est plus la peine, ça devient nul (Laetitia). »*

Le raisonnement induit est des plus simples, et c'est peut-être là toute la force de l'injonction « *d'arrêt de la came* ». Quand il n'y a plus de plaisir, quand *« tu en prends juste pour ne pas être malade »,* quand *« tu n'es même pas cassé »,* quand *« il faut faire tout un cirque tous les jours pour l'argent, la dope, le shoot, franchement, il vaut mieux prendre de la méthadone »* (Sofian). Surtout, l'impossibilité ressentie n'est jamais seulement physique ou matérielle. Par exemple, si Joël a le sentiment

d'être allé au terme de sa trajectoire avec l'héroïne ce n'est pas seulement que son corps *« n'encaisse plus comme à vingt ans. »* Ses années de défonce résonnent subjectivement, affectant son regard sur les dangers de la pratique. Il dit avoir connu des *« moments extrêmes, évidemment* ». Mais chaque fois, il se disait que « *ça allait passer. Et en fin de compte ça ne passe pas. Et puis avec toutes les maladies que j'avais attrapées, il fallait que j'arrête. Je savais que si je continuais j'aurais pas été loin. »*

De la même manière, Baptiste se sait en fin de parcours parce qu'il ne peut même plus se shooter mais aussi parce qu'il ne parvient plus à supporter chaque jour *« l'angoisse du lendemain. »* Thomas lui, se shoote depuis vingt ans. Il a épuisé le potentiel de plaisir de multiples produits, enduré des moments de tortures physique dont il ne s'explique pas *« comment il a fait pour en revenir. »* Pourtant, il sait très bien *« qu'en changeant encore une fois de produit il pourrait encore se défoncer, éprouver du plaisir. »* Mais il en a « *marre* », il « *n'en veut plus*. »

> *« J'en ai ras le bol. Ras le bol d'être trop mal parce qu'il ne faut pas oublier que la défonce, ça n'amène qu'à un mal être. Si on se dit bien ça, qu'on ne peut aller que dans un état de mal qui ne pourra aller qu'en empirant, il y a un moment où il me semble qu'il faut savoir se dire stop (Thomas). »*

Thomas s'est usé dans l'expérience. Cela a bien évidemment une signification concrète. Il se sent faible, juge son *« état de vie vraiment catastrophique »* et ne saurait supporter plus avant sa *« façon de vivre*. » Mais, plus profondément, il a élimé sa capacité d'engagement dans l'expérience et son épuisement moral emporte pour la première fois toute velléité de poursuite de la consommation.

IV.2) Résistance du sujet, absence de projection individuelle

A écouter les multiples épisodes de manque et autres souffrances physiques presque inimaginables par lesquelles les individus sont passés, l'interlocuteur approche parfois la sidération. Difficile de n'être pas décontenancé au récit d'expériences limites souvent démultipliées mais desquelles l'individu s'est sorti. Déjà, la présence physique d'individus dont le corps s'est vu « rempli » de quantités de produits souvent frelatés pendant des années, un corps parfois affecté d'une ou plusieurs pathologies lourdes, cette présence laisse interdit. D'autant que l'individu

égrène souvent ces moments de souffrances avec calme ou lassitude, son récit est rien moins que dépassionné. Quand l'émotion surgit, c'est rarement à l'endroit de ces expériences limites, de la souffrance endurée. L'émotion survient surtout à propos de la douleur morale à laquelle l'expérience a donné lieu. Les individus éprouvent de la honte à l'égard de ce qu'ils sont devenus, de l'effroi face au sentiment de dépossession de soi. Ils ont perdu tout plaisir, toute sensation, c'est-à-dire aussi toute relation à soi. La crainte de mourir, de n'être plus qu'un « *toxicomane* » a déclenché un mouvement de résistance s'épanouissant dans une décision de sortie. « Le corps est ce qui reste au sujet quand il a tout perdu. Il est d'abord regard sur son propre corps ; il se découvre d'abord dans sa corporéïté. Il se construit en liant son corps à la conscience de ce corps et donc en découvrant sa singularité (Touraine, A., 2000). »

L'élément le plus significatif du renoncement tient à cette prise de conscience manifestant une résistance du sujet. Les individus ne souhaitent pas se laisser enfermer dans le non-sens, ils réagissent à la situation. La demande de traitement résulte de cette réaction. Il s'agit d'une demande « négative ». Les individus veulent se détacher de déterminations écrasantes. Ils ne sont pas encore dans la construction ou affirmation de soi. Ils se voient et se disent dans l'obligation « *d'arrêter la came* ». Cet impératif, immanquablement souligné, contient parfois à lui seul l'ensemble des attentes individuelles, ou bien est conçu comme un premier pas que l'on espère suivi de changements plus larges. Ainsi, Dorothée ou Élodie pour ne citer qu'elles, attendent de la méthadone qu'elles leur permettent *« d'arrêter la came c'est tout. »* Houari l'exprime différemment quand il dit qu'il *« voulait de la méthadone pour que la came lui sorte de la tête. »* Sofian, lui, pense dès le départ *« qu'on n'a rien sans rien et que décrocher ne veut pas dire seulement arrêter d'ingérer un quelconque produit mais changer tout son mode de vie, toute sa façon de penser (...) Mais dans un premier temps, le premier pas c'est déjà, sortir de cette addiction physique, de ce mal être corporel. »* C'est ce qu'il attend de la méthadone et ne conçoit d'envisager « *le reste* » qu'après ce « *premier pas »* incontournable.

Il arrive souvent que l'interlocuteur glisse sur un « je veux arrêter, décrocher c'est tout ». Certes, une telle requête ne fournit pas les éléments d'un diagnostic par exemple. Un soignant ne saurait donc s'en tenir à cela pour procéder à l'évaluation de la situation personnelle. Mais il est aisé de ne pas même s'arrêter sur le propos, d'y voir une rengaine en elle même vide de sens parce que trop simple ou répétée à

souhait, parce que « *parole de toxico* ». Les fondements de la « *demande* » individuelle seraient à chercher ailleurs. Du moins, il s'agirait d'étayer ce « je veux arrêter » par trop insignifiant à lui seul. Anne Coppel rappelle ainsi que longtemps, la « seule demande légitime » a été « celle qui concerne la souffrance psychique, demande que le toxicomane (devait) être à même de verbaliser. « J'en peux plus, j'ai froid, j'ai mal, j'ai peur » (n'était) pas entendu comme une demande de soins (Coppel, A., 1996, p. 92). »

A partir de l'idée de dégagement contraint, nous avons au contraire cherché à délier la consistance du « je voulais arrêter » avancé par tous les individus rencontrés[19], en motivation unique de leur demande de produit de substitution. Il y a là une injonction que l'individu se fait. Elle dit son écrasement physique, matériel, révèle son épuisement psychologique. Surtout, elle exprime une résolution personnelle face à une expérience devenue inconcevable ou encore une résignation devant une pratique désormais impossible. L'individu est allé au plus loin de l'expérimentation non pas seulement des effets d'un produit, mais de sa résistance au poids d'une pratique écrasante. Certains ne trouvent pas de quoi réagir au sens propre à ce point que les individus qualifient de *« non retour »*. Du coup, le « je veux arrêter » résonne comme un acte moral, réaction volontaire, en accord avec soi et lourde de tout un changement de perspective sur l'expérience toxicomaniaque (Castel, R., 1992).

> *« Je voulais arrêter. C'est vraiment une envie très très forte... C'est encore ce qui me fait me dire que ça va peut-être enfin marcher parce que l'envie vient de moi et qu'elle est vraiment très très forte. La démarche c'est moi qui l'ai faite (Thomas). »*
>
> *« Moi, si ça n'avait pas été une vraie décision qui m'appartenait, j'aurais rechuté (Antoine). »*

L'individu décide de se dégager de la dépendance mais la demande de produit de substitution revêt souvent les caractéristiques d'un choix par défaut. C'est *« la dernière cartouche »* (Kalil) ou le seul moyen que l'on pressent efficace. Les attentes reportées sur le traitement n'en sont que plus aiguës. Mais les individus en viennent à la substitution comme à la fin d'une longue errance. *« J'ai vogué à la dérive et j'ai*

[19] Exception faite de ceux qui sont entrés dans le programme par injonction judiciaire ou thérapeutique.

échoué ici » nous dit Kalil imageant par là même la face sombre d'une démarche *a priori* positive. Celle-ci est en effet tout à la fois le signe d'un ressaisissement et donc d'une capacité d'agir pour soi, et la preuve que l'individu n'a pas su ou pas pu « *s'en sortir* », c'est-à-dire, tenir sa dépendance à distance.

> *« Je ne peux plus m'aider toute seule, j'ai besoin qu'on m'aide (Dorothée). »*
>
> *« Je leur ai demandé qu'ils me prennent en charge (Sofian). »*

Il y a là une manière de déroger à la norme d'individualité qui intime à chacun de se prendre en charge. Les individus peuvent en inférer une image dévalorisée d'eux-mêmes. En tant que démarche de dégagement, l'entrée en traitement est synonyme d'une capacité à se faire acteur mais c'est aussi une demande d'aide, autrement dit le signe d'une impossible autonomie qui touche à l'estime de soi. La demande de soins ramène chacun à son manque de force, de moyens ou de capacité à exister sans plus de souffrances, de peurs, ou d'insécurité. C'est la marque d'une individualité définie par défaut d'indépendance et de maîtrise de soi paradoxalement construite dans « une explosion d'individualisme absolu » (Castel, R., 1995). Par ailleurs, entrer dans un traitement de substitution c'est aussi parfois prêter le flanc aux représentations négatives et encore vivaces gageant qu'une telle démarche est, au mieux, le fruit de la faiblesse d'individus dépourvus de la volonté de s'abstenir, au pire, l'expression d'un vice d'appétence pour une drogue légalisée. Si la vision proposée relève d'une interprétation pour le moins particulière de la responsabilité individuelle, il reste qu'elle influence le regard que les individus portent sur eux. Surtout, ceux-ci sont pétris de catégories qui, les premières, valorisent l'abstinence. Le traitement de substitution prend donc les traits d'un « moindre mal ». L'acceptation de ce dernier implique que chacun ait fait le deuil d'une abstinence pourtant idéalisée.

> *« A partir du moment où j'ai décidé de réagir comme ça face à moi c'était beaucoup plus simple. Je me suis dit : arrêtons le spirituel, les considérations intellectuelles sur le bien ou le mal de ça, de faire ça, la mauvaise conscience, ou les questions sur la capacité même que l'on ait d'arrêter ou pas. Ces histoires de volonté, arrêtons de se prendre la tête avec ces histoires de volonté et faisons comme si c'était une maladie. Voilà je me suis dit : fais comme si t'avais une maladie, une grippe. Peut-être que ça va être plus simple. Parce que*

jusque là j'étais dans une impasse. Je pense que c'est ça, la plupart du temps, quand on ne décroche pas de la drogue. On se perd dans des tas de réflexions et... On s'engourdit dans un flip, une espèce de peur (Sofian). »

Sofian ne croit plus en sa capacité d'atteindre l'abstinence avec un sevrage ou en *« blablatant constamment. »* Tous ont essayé plusieurs fois de *« décrocher net, sans rien »,* avant de qualifier d'illusoires ces tentatives chaque fois mises en échec.

« Je sais que moi et l'abstinence on ne fait pas bon ménage (Joël). »

« J'en avais marre de l'illusion du sevrage, je savais que c'était illusoire pour moi (Antoine). »

Conclusion

Les individus partagent une perception « négative » du traitement de substitution. Celui-ci s'impose à eux et leur demande de substitut, si ardente soit elle, ne signifie jamais un désir du produit pour lui-même, encore moins une appétence pour ce produit. Le souhait d'une prise en charge associée, quand il est mentionné, n'est pas précisé plus avant. Il exprime plutôt la détresse de celui (ou celle) qui est *« prêt à tout essayer pourvu qu'on l'aide » (Dorothée)*. La démarche individuelle n'affecte pas l'attrait pour les drogues. Ce n'est jamais l'héroïne en tant que telle que l'individu incrimine et l'arrêt de sa consommation n'est pas à proprement souhaité. C'est toujours de tout ce qu'implique cette consommation qu'il veut, sans conteste, se défaire.

> *« Ce n'est pas la dope qui est partie de ma vie. J'aime toujours l'héroïne. J'aime toujours ça et la méthadone ne m'enlèvera pas le fait d'aimer ça. Mais je ne veux plus devoir en prendre tous les jours pour pouvoir me lever le matin. C'est ça que je ne voulais plus, c'est tout ce qu'il y a autour : le fait de te lever de penser à ça, d'attendre toute la journée plantée devant le téléphone chez toi que ton dealer arrive... Enfin, être trop dépendante. Mais maintenant si elle était en vente libre et qu'on pouvait aller en acheter tous les matins en pharmacie, j'irais tous les matins en pharmacie. Ça c'est clair (Laetitia). »*

La contrainte personnelle est encore renforcée par l'idée que la satisfaction de ce besoin ne dépendra pas de soi. En effet, la délivrance du substitut est « aux mains » du personnel soignant.

Plus profondément, la prise de produit de substitution, l'entrée dans le traitement, peuvent être interprétées comme le passage d'une « dépendance subie » à une « dépendance sue ». Les individus ont beau souffrir d'une dépendance extrême et multidimensionnelle inhérente à leur toxicomanie, ils envisagent leur entrée dans le traitement comme une perte de libre arbitre. Le paradoxe n'est qu'apparent, il exprime une différence fondamentale pressentie entre la relation que l'individu a nouée avec les drogues et celle qui va se sceller d'elle-même, entre lui et le substitut. La perception individuelle est renforcée par le sentiment que la délivrance du substitut est « aux mains » des soignants. Le rapport entretenu aux drogues comme au produit de substitution est « toxicomaniaque » en ce sens que les individus pensent

que seul un produit constitue la réponse à leur mal. Toutefois, en quête de plaisir, d'apaisement ou émoustillé par un mode de vie « original », l'individu s'est lancé dans une « expérience » de consommation de drogues. Par contraste, l'entrée en traitement n'est pas de l'ordre d'une attirance envers un nouveau produit. L'individu désire se débarrasser de toute dépendance, il se résigne à atteindre l'abstinence par le biais du produit de substitution.

> *« Ce n'est pas un produit avec lequel je suis marié… Enfin, c'est comme ça que je le ressens. On verra à plus long terme. Mais on n'a pas signé de contrat sur dix ans (Thomas). »*

Le traitement concentre les espoirs de sortie. Il découle d'une réaction du sujet et procède d'une décision individuelle. Mais il n'a pas strictement le sens d'une sortie de la toxicomanie puisque « *en sortir* » signifie « *ne plus rien prendre* » dans l'esprit de tous. Et le substitut garde les caractéristiques négatives d'un produit opiacé qui « *accroche* », d'une drogue de substitution longtemps rejetée précisément pour cela. Kalil était « *contre* ». Quand il amorçait une « *décroche* », ce n'était pas *« pour remplacer la shooteuse par un flacon de sirop ».* Et tous auraient préféré dépasser leur besoin d'un tel produit *« pour aller bien ».* Dès lors, l'incorporation du substitut est nécessaire mais l'entrée en traitement est d'emblée portée par le projet d'en sortir au plus vite, de ne pas devenir *« une vieille méthadonienne (Laetitia). »*

Chapitre IV

INDIVIDUS EN TRAITEMENT

Introduction

A un moment ou à un autre de leur parcours, tous les toxicomanes entrent dans un processus de renoncement. Les personnes rencontrées se distinguent de l'ensemble des usagers en ce sens qu'elles entrent dans une démarche de renoncement au terme d'une identification massive au statut de toxicomane. Cela signifie que, pour elles, l'espace de définition de soi est largement couvert par des facteurs d'identité « toxicomaniaques ». Si l'on ajoute à cela que la toxicomanie commande l'essentiel des mécanismes d'identification d'autrui, alors la difficulté de l'entreprise de sortie se révèle dans toute son ampleur. Pour autant, l'identification comme l'écrasement personnel sous le poids des contraintes inhérentes à la pratique ne sont jamais totalement accomplis. Au moment de l'entrée en traitement, l'individu se tient dans des dispositions et représentations qui l'installent dans une distance relative de la logique thérapeutique comme des soignants. Cette distance est tout à la fois propice aux conduites autonomes de soin et facteur de résistances, de tensions ou de malentendus freinant le programme thérapeutique. La conception individuelle de la sortie de la toxicomanie, celle des composantes efficaces du traitement pour cette sortie relèvent de ce que l'on peut appeler « un rapport de toxicomane » aux produits, institutions et personnels soignants. Les individus abordent le traitement pétris du savoir forgé pendant leur trajectoire et s'orientent en fonction de ce « sens pratique » partie prenante de leur « habitus[1] » d'usager de drogues et de médicaments. Même sollicité et fortement désiré afin de sortir de la toxicomanie, le traitement de substitution est synonyme de contraintes multiformes. Plus qu'un traitement, c'est un produit que les individus viennent chercher. Les soignants sont alors plus des prescripteurs que des thérapeutes et ils leur paraissent guidés par des préjugés à l'égard des toxicomanes. Initialement, le produit de substitution est perçu par tous comme « *de la came qui n'en est pas* ». La principale fonction reportée sur la substance est conçue en termes de « *décroche* ». Le produit de substitution doit signer la fin du manque, dégager l'individu de souffrances devenues insupportables et par là même lui restituer sa liberté par rapport à un mode de vie assujettissant. Les manquements du produit sont d'emblée entrevus mais ne sauraient

[1] Emprunté à Pierre Bourdieu, le concept d'habitus traduit ici ce « sens pratique » spontanément actualisé par les individus dans leurs comportements. Gros de l'ensemble des savoirs et des dispositions incorporées au fil de leurs expériences respectives, ce « sens pratique » commande les perceptions et les conduites individuelles.

contrarier la démarche. Ils tiennent à sa nature de *« came qui n'en est pas »* puisque prendre un produit de substitution ne peut être assimilé ni à une « *défonce* », ni à une sortie de la dépendance.

Dans ce chapitre nous nous proposons d'exposer quelle est la nature des ressources sur lesquelles l'individu s'appuie dans le cadre du traitement. Nous montrerons également comment, aux côtés des interventions soignantes, ces ressources influencent de manière décisive l'évolution de l'individu en traitement.

I. L'entrée en traitement

I.1) Traitement = produit

Quand ils débutent le traitement, les individus « *pensent produit* ». Les traitements de substitution s'organisent autour de divers pôles. Pourtant, dans l'esprit de chacun, la substitution c'est un produit. Cette perception renvoie parfois à un manque d'information sur le traitement[2]. Elle dévoile plus sûrement un rapport aux produits et aux institutions médicales hérité de la trajectoire dans la toxicomanie. Le produit est investi de toutes les attentes. Il constitue le moteur de la démarche. Pierre explique qu'au début c'est : « *donnez-moi vite ma dope ou mon truc pour que je vois si ça marche. »*

Nombre d'individus ont déjà utilisé des produits de substitution à des fins d'automédication ou bien les ont « *goûtés* » afin d'en tester les effets alors qu'ils ne disposaient pas de drogue. Tous appréhendent donc le produit d'abord sur la base des techniques expérimentées pour résister à la douleur du manque et tenir ferme leur résolution au moment de « *décroches* » passées. Plus qu'une réserve informe de tentatives désordonnées, ces techniques se sont changées en véritable capacité de contrôle de la toxicomanie et savoir sur la sortie. Un savoir constitué par accumulation de ces épisodes du passé. A l'image du héros de *Trainspotting*, tous ont peu à peu mis au point leurs méthodes ou formules efficaces pour « *arrêter*[3] ».

---

[2] En outre, le raccourci se glisse bien souvent dans la plupart des communiqués d'une presse qui parle de méthadone ou de subutex pour traiter d'une thérapeutique complexe, irréductible à la seule délivrance du produit de substitution.

[3] Peu après le début du film, le héros lance « à la cantonade » sa détermination d'en finir une bonne fois. Suit une mise en scène de « la » décroche sous forme d'organisation militaire d'un véritable plan de survie. Enfermé par ses soins à double tour dans une chambre, il dispose sur une table les ingrédients « du » programme à suivre en égrenant les quantités à la boîte de soupe près.

« Moi j'ai des lubies alors des fois, hop, du jour au lendemain : allez je décroche. Alors je cassais toutes mes seringues, mes cuillères, je jetais tout et je décrochais. Je m'enfermais chez moi. En général, c'était quand les beaux jours arrivaient. Quand je décrochais à la dure comme ça, je ne prenais rien à part à fumer et une bouteille de vodka. Alors je restais chez moi un petit bout de temps, je disais à mes petits frères : allez voir mes potes dites leur qu'ils vous passent à fumer pour moi. A ma mère je lui disais : prends moi une bouteille de vodka. Et je lui disais : tu vois maman je décroche, j'arrête mes conneries. Alors ma mère, tout de suite : oui oui oui d'accord. Il y avait même des fois je lui disais : maman passe moi cent francs il faut que j'achète à fumer pour décrocher (Kalil). »

« Je m'étais un peu arrangé moi-même une substitution puisque dans les 5/6 mois avant de commencer la méthadone j'étais passé de l'héroïne à un médicament à la codéïne, le dicodin, qui me revenait assez cher mais beaucoup moins cher quand même. C'est un ami médecin qui m'en avait parlé et je m'étais organisé moi-même un traitement qui ne me satisfaisait pas complètement mais qui était déjà un début (Pierre). »

La singularité du positionnement individuel tient au tiraillement entre cette parfaite maîtrise de « *la décroche* » et une non moins parfaite méconnaissance du traitement. Plus précisément, les individus sont tout à la fois experts en matière d'automédication et désarmés pour se soigner, rompus aux besoins et réactions de leurs corps, aux effets d'un grand nombre de substances médicamenteuses, et désemparés face au mode d'emploi du médicament proposé. Ceci parce qu'à divers moments de leur trajectoire, ils ont usé des mêmes produits et techniques pour arrêter ou continuer, mener à bien une décroche ou résister au manque jusqu'à être en mesure de poursuivre la consommation de drogues. C'est tout le paradoxe du savoir faire qu'ils ont forgé. Face au traitement, leur habitus d'usager et les logiques de comportement qui en découlent constituent donc à la fois une ressource personnelle et un handicap.

Les individus sont tendus vers une substance dont ils espèrent fébrilement qu'elle changera leur situation. Il y a là une association faite entre substance et bien-être qui s'est muée au cours de leur trajectoire dans la toxicomanie en une véritable équation mentale. Marine explique que « *c'est un réflexe hérité de toutes ces années de toxicomanie. Dans ton esprit, « être bien », c'est « en avoir le plus possible. »*

I.2) Des soignants absents

Les individus n'ignorent pas les autres composantes du traitement, mais ils les présentent à partir de formules pour le moins ramassées et sans leur accorder une importance particulière. Pour Pierre, les analyses d'urines, les entretiens, c'est « *pisser dans un flacon »* et « *baratiner un petit peu. »* Thierry se dit « *très matérialiste. »* Ce qu'il appelle « *le traitement autour »,* lui apparaît comme « *tout à fait accessoire. »* Il « *n'y croit pas »,* c'est uniquement « *une contrainte qui fait que sa dose est limitée. »* Seule la détermination de l'individu importe ainsi que son aptitude à « faire plier » le médecin à sa conception de la sortie. Henri ne sait pas pourquoi le médecin lui a donné du subutex. Lui, a « *d'abord donné ses conditions* » : ne pas aller en cure, ni à l'hôpital. Henri voulait « *continuer sa vie de tous les jours. A partir de là, il pouvait lui donner ce qu'il voulait*. » A ces conditions, le médecin a rétorqué que si Henri « *ne voulait ni ça ni ça, il lui restait ça*. » Pour Julien, l'intégralité de l'approche médicale tient en un « *ça* » indéfini et le médecin qu'il rencontre « *un toubib parmi d'autres*. » « *Vieux routard* » des recours institutionnels, il a « *l'habitude de parler de drogues* », il en a « *déjà parlé avant, à des assistantes sociales, des trucs comme ça*. » Du coup, « ça » ne l'a pas gêné « *de dire ça directement devant n'importe qui. Enfin, quelqu'un qu'on ne connaît pas*. » Le médecin lui a posé des questions « *assez personnelles mais pas vraiment personnelles non plus. »* La force de l'habitude lui a permis de répondre sans plus de souci. Tant que « ça » lui permet « *d'avoir le subu »,* il s'en fout. Julien ne connaissait « *pas spécialement »* le protocole d'entrée en traitement, si ce n'est pour en avoir parlé avec « *des gens qui étaient sous traitement. »* Ces gens lui avaient dit « *qu'il fallait juste aller voir un toubib et après que le toubib allait t'orienter. » « On lui a fait passer des questionnaires* », il ne voyait « *pas trop à quoi ça servait »*, sauf que « *ça devait leur servir à quelque chose*. » Après, il n'a rien pensé de « *spécial »* : « *j'ai rempli le truc et voilà. »*

Particulièrement détaché, Julien n'en est pas moins représentatif d'un positionnement plus général au sein duquel les médecins représentent à la fois des figures familières et des inconnus. Aux yeux de beaucoup d'individus, ils s'inscrivent dans l'univers habituel quoi qu'indifférencié des institutions médico-sociales susceptibles de venir en aide aux toxicomanes. Au moment de l'entrée en traitement, ces figures familières ne sont appréhendées que sous l'angle de l'une de leurs fonctions : la prescription de produit. Chaleureux, compréhensifs ou « *chiants* », les

soignants sont avant tout ceux qui détiennent le produit tout en ne soutenant pas l'équation « bien-être = produit ». Du coup, l'individu mesure le caractère obligatoire de sa collaboration sans parvenir à se départir d'une crainte viscérale. La peur de ne pas avoir de drogue héritée de la trajectoire dans la toxicomanie fait place à celle de ne pas avoir assez de produit de substitution. La demande de ce produit ne vise pas vraiment le plaisir. L'individu en attend moins une « *défonce* » que « *d'arrêter d'être malade* ». Certains expriment leurs aspirations à partir d'un vocabulaire médical, puisqu'ils voient dans le substitut une « *solution médicamenteuse à leur maladie»* (Philippe). Cependant, il semble qu'une telle formulation, loin de recouvrir les significations du corps médical, s'accorde alors à une réalité toute autre. Pierre explique *« qu'au fil des années, quand on est malade on ne se dit pas : tiens je vais aller voir un docteur et dans un mois je vais guérir. On se dit : tiens je vais me faire un petit fix et ça va aller mieux. La solution à toute maladie pour nous, elle est toute proche, sous la main. »* L'effet escompté des produits de substitution est analogue à celui reporté sur les drogues. Ceux-ci doivent soulager le corps de la même manière que les drogues faisaient taire le manque.

Petit à petit, la seule « *maladie* » qui ait une réalité pour les individus est le manque. François Rodolphe Ingold avance ainsi que « la maladie ne renvoie généralement qu'au dernier épisode de manque et tout se passe, en définitive, comme si le lot commun du toxicomane, était bien de n'être ni malade ni en bonne santé, mais en manque ou désintoxiqué » (Ingold, F.R., 1992). Cette perception du traitement exprime ce « rapport de toxicomane » au produit de substitution comme aux difficultés psychologiques et sociales liées à la consommation de drogues. Pour les individus, il s'agit de s'incorporer au plus vite une substance pour faire taire une douleur directement repérable dans les diverses manifestations du manque et celles, diffuses, liées à l'expérience de consommation de drogues. C'est le sens qu'il faut donner à l'objectif que se donnent les individus à ce moment là. Le renoncement s'inscrit donc dans l'immédiateté. Il s'agit de se dégager d'un impérialisme présent, dans l'ici et maintenant, au moyen d'un nouveau produit.

Pour les « *vieux toxicomanes* », ceux qui ont de nombreuses années de consommation derrière eux, ce positionnement est lié à l'épuisement de multiples modalités de sortie de la toxicomanie. En particulier, souvent essayé et toujours suivi de rechutes, le sevrage est décrit comme illusoire. Le désir de sortie par un produit de substitution repose donc aussi sur les échecs des désintoxications précédentes. La

grande majorité des individus interrogés a multiplié les tentatives de « *décroche* » avant de faire une demande d'entrée dans un programme de substitution. Seuls(es) ou par l'intermédiaire d'une institution, « *à sec* » ou par auto-substitution, tous se sont lancés à de multiples reprises dans « *la décro* ».

> *« Les premières décro c'est tout de suite, quelques mois après que tu aies commencé. il y a toujours un moment où tu es dans la merde. Tu n'as pas d'argent, le plan que tu avais ne fonctionne plus, alors par la force des choses, tu es obligé de décrocher. Et les décro après, c'est décro sur décro, tu es toujours en train de décrocher (Simon). »*
>
> *« J'ai tout fait. Déjà, j'ai essayé le Patriarche. Après, j'ai essayé la psychiatrie et la psychanalyse. Quand je suis parti au Patriarche, je suis resté cinq ans. C'était la première chose qui s'est présentée à moi quand je suis sorti de prison, parce que j'ai fait de la prison aussi. Là, c'est sevrage net, obligé. Au Patriarche, je suis resté cinq ans dans le même centre. Je me suis occupé moi-même de toxicos. Mais là c'était un sevrage bloc sans aucun médicament ou traitement de substitution. C'était simplement des tisanes, beaucoup d'effort physique et puis après c'est de l'entraide entre toxicos, à base de discussion. Et puis je bossais là-bas. Je suis devenu responsable de centre (...) Après, j'ai essayé la psychiatrie. Alors là, on ne sait pas ce qu'on vous donne. On vous fait des piqûres, on absorbe n'importe quel médicament et on fait plutôt une cure de sommeil (...) J'étais en Italie, je suis resté pendant quinze jours sous traitement méthadone. Et là, ça va faire sept ans que je suis avec le Docteur X. Au début, j'allais le voir pour différents médicaments mais il n'y avait pas la méthadone ou le subutex. J'allais le voir pour des médicaments autres, pour dormir et quand le subutex est arrivé il m'a fait la proposition (Renaud). »*

Quand on a le sentiment d'avoir tout essayé, la substitution apparaît à certains comme « *la dernière croix, le dernier panneau indicateur à suivre pour essayer d'en sortir » (*Thierry). Le traitement est assimilé à la dernière chance de rallier la vie. Cela s'accompagne d'un jusqu'au-boutisme des dispositions des individus. Certains se disent « *prêts à se livrer corps et âme»* (Louis), à *« tout donner»* (Thierry). Les plus jeunes consommateurs en sont parfois à leur première tentative de « *décroche* ». Ils choisissent souvent le traitement de substitution parce qu'ils associent le sevrage aux structures traditionnelles spécialisées dans la prise en charge des « *vrais toxicomanes* », ces « *cas lourds* » gravement affectés par des années de consommation de drogues. Tout type

d'institution leur paraît adapté à ces « *vrais toxicomanes* ». En conséquence, ils se tournent plus fréquemment vers la médecine de ville.

I.3) Des soignants étrangers, une relation à construire

Le traitement de substitution est choisi, des soignants sont sollicités mais les individus ne manquent pas de stéréotypes bâtis à leur encontre. Et l'incertitude ou l'insécurité dans laquelle ils se trouvent au début ou en cours de traitement favorisent l'actualisation de leurs idées préconçues. L'essentiel de leurs préjugés tient dans la formule du « *on ne nous connaît pas, on ne nous comprend pas* » .

> *« Parfois on parle avec un médecin qui a l'air bien au fait de la toxicomanie. Donc il nous connaît mais parfois, dans ce qu'il dit, on a quand même l'impression qu'il se dit : j'ai quand même en face de moi un toxicomane, ça n'est pas un patient. Je suis peut-être parano, mais on a l'impression que lui se dit : je ne serai jamais dans ta situation. On a l'impression que pour certaines personnes, pour en être tombé là, il faut faire partie d'une certaine catégorie de gens, des faibles ou... Et souvent, de la part des professionnels on a l'impression que eux se sentent au-dessus de ça. C'est indéfinissable dans le rapport qu'on a avec eux donc on peut leur parler mais... Justement la question c'est : est-ce qu'ils nous connaissent ou nous comprennent vraiment ? Je crois qu'ils nous connaissent, ils ont appris le problème, mais ils ne nous comprennent pas vraiment (Pierre). »*

A l'image de Pierre, tous les individus sont en quête de reconnaissance et reprochent aux médecins de les enfermer dans le stigmate du toxicomane. Tous mettent en avant une « *difficulté avec le corps médical en général »* (Hassan). Les médecins ont fait « *des progrès dans la compréhension de la toxicomanie, dans l'approche de la toxicomanie* » (Hassan). Ces progrès sont récents – depuis quelques années souligne Hassan. Ils permettent une amélioration de l'aide apportée aux toxicomanes. Malgré tout, cette meilleure compréhension concerne « *le problème, la toxicomanie* » (Pierre). Le renouvellement des « *approches*[4] », l'accumulation de nouvelles connaissances changent les conceptions sur la toxicomanie mais non le regard porté sur les toxicomanes. Du coup, cette compréhension dont parlent les individus est plus précisément une meilleure connaissance des mécanismes de l'addiction. Les discours

[4] En particulier, l'insertion d'une approche médicale appuyée sur les recherches neurobiologiques.

individuels sont parfois mieux reçus parce que mieux compris mais les individus restent méconnus. Du moins, le stéréotype du toxicomane *« à la mode »* (Pierre), celui qui « *fait peur, celui qui va braquer les petits vieux »* (Frédéric), semble suffire à l'appréhension d'individus qui ne s'y reconnaissent pas : « *il reste un a priori* » (Pierre), *« on est très stigmatisé, très montré du doigt »* (Hélène).

Obnubilés par l'appétence prétendue irrépressible « du » toxicomane, prompts à se méfier des propos ou requêtes individuelles, les soignants tendraient à un contrôle abusif de l'individu. Soit par une restriction des quantités de médicaments délivrés, soit par une confiance jugée excessive dans les potentialités des médicaments prescrits. Incompatibles à première vue, ces accusations sont portées par le sentiment de n'être considéré qu'à travers le prisme de l'usage de drogues. Elles pointent une surveillance unilatérale du toxicomane couplée à une indifférence à la personne du patient. Et les attitudes les plus contrastées sont en dernier ressort ramenées à cette méfiance à l'égard « du » toxicomane. Ainsi du cadre imposé par les médecins quant à la quantité et aux modalités de délivrance du substitut. Une grande partie de l'équivoque séparant les soignants de l'individu tourne autour de la conception du produit. Les modalités de prescription d'un côté, d'ingestion de l'autre, la quantité délivrée, la dose reçue cristallisent les appréhensions et préjugés accumulés de part et d'autre. C'est que deux logiques se font face, médicale d'un côté, héritée de la toxicomanie ou « logique d'usager » de l'autre. La mésentente qui en découle est inévitablement interprétée en termes de méfiance ou de discrimination par les individus. Les soignants ne voudraient pas reconnaître que les individus sont de bonne foi. Précisément parce qu'ils ne reconnaissent pas des patients, ils ne voient que des « *toxicos* ». Dans le même temps, le rapport individuel au produit de substitution n'est pas dépourvu d'ambiguïté tant la volonté de se soigner se mêle aux attentes d'effets psychotropes propres à la logique d'usage.

La logique individuelle et celle des soignants entrent d'emblée dans une confrontation dont la dynamique tisse la relation individu/médecin. Le caractère impératif de l'entente entre l'individu et ses soignants ouvre un espace d'échange, de discussion ou de négociation même conflictuelle. Les savoirs engagés dans la relation sont radicalement différents et les objectifs respectifs pas toujours congruents. Il en découle une série de malentendus nécessitant l'établissement de codes communs. La

création d'une relation thérapeutique et d'un traitement jamais constitués dès le départ s'invente essentiellement autour de l'usage et de la prescription du produit.

Analysant par le menu les pratiques de la substitution d'un groupe de médecins de ville, Aude Lalande et Stany Grelet soulignent le poids de ces « *malentendus* » qui émaillent la relation médecin/patient. Entre « d'anciens usagers de drogues (qui) s'acclimatent à leur nouveau rôle de patient et (leurs) médecins (qui) persistent à les considérer comme des usagers de drogues », une série de tensions se mêle d'emblée de l'organisation du traitement. Elles relèvent essentiellement de la confrontation de deux systèmes cognitifs plus souvent opaques l'un à l'autre que discordants. De part et d'autre, la substitution renvoie à des objectifs et des logiques incertains. « Le principe même de ces traitements paraît impossible à stabiliser » d'un médecin à l'autre et, à y regarder de près, la demande des patients s'avère parfaitement équivoque. « Quand quelqu'un dit : je suis toxico, je voudrais arrêter, et s'entend répondre : je peux vous proposer un traitement de substitution, ni l'une ni l'autre des deux parties ne sait jamais vraiment au fond ce que l'autre veut dire -quel type de désir est engagé dans la demande, quel type d'avenir est engagé dans la réponse. Qu'entend-il par « arrêter » ? Qu'entend-elle par « substituer » ? Quelles sont ses intentions ? Qu'est-ce qu'on me propose ? » (Lalande, A., Grelet, S., 1999, p. 29).

D'emblée, les termes du contrat échappent aux deux parties. Les uns veulent « *décrocher* » ce qui signifie arrêter de consommer mais aussi « *autre chose* » sans que cette « *chose* » puisse être exprimée ou identifiée. Les soignants souhaitent soulager ou guérir, mais de quel soin s'agit-il ? Cette indétermination partagée trouble d'entrée la relation thérapeutique. Les définitions de la toxicomanie, du produit de substitution, du traitement, ne sont ni parfaitement claires de part et d'autres, ni identiques dans leur indétermination relative. Elles varient d'un individu à un autre, d'un médecin ou d'un centre à un autre. La pluralité de fonctions d'un côté, des demandes de l'autre, la différence des langages et des systèmes d'interprétations, viennent renforcer la confusion de l'échange. Le traitement se présente donc d'emblée dans sa dimension expérimentale. Il sera nécessairement plus de l'ordre d'une construction partagée que de l'application d'un protocole énoncé au départ.

Conclusion partielle

Au regard de ces dispositions initiales, il apparaît que les individus abordent le traitement sur la base d'un « rapport de toxico » aux produits, institutions et personnels soignants. Pour triviale qu'elle soit, cette remarque augure des transformations primaires en jeu dans le processus de sortie de la toxicomanie. La conversion du « *produit* » en médicament, de la volonté « *d'arrêter* » en engagement dans un traitement, de l'urgence de « *la décroche* » en temporalité du soin, du prescripteur en authentique thérapeute, tout cela représente d'emblée un travail de construction du traitement partagé entre l'individu et ses soignants. La sortie de la toxicomanie au moyen du traitement de substitution est immanquablement définie en termes « *d'arrêt* », de « *décroche* ». Les individus cherchent à « *substituer* » pour « *aller bien* ». *A priori* évidentes, ces formulations n'en demeurent pas moins parfaitement équivoques parce que variables d'un individu à un autre et suspendues à l'expérience du traitement. De quoi veut-on « *décrocher* »? Qu'est-ce qu'il s'agit « *d'arrêter* »? Toutes consommations de produits ou bien une consommation non maîtrisée ? Ira-t-on « *bien* » quand on sera dégagé du « *milieu* »? Quand les relations avec l'entourage seront apaisées ? Quand le mode de vie retrouvera des contours ordinaires? Autant dire que, au moment du renoncement, la sortie ne peut être définie à partir des objectifs reportés sur le traitement. Elle prend sens au regard de la trajectoire parcourue. Ce sens est celui d'un « dégagement contraint ».

La sortie est d'abord conçue par analogie avec les expériences passées par lesquelles l'individu a plusieurs fois cessé de consommer des drogues. Déterminé pour « arrêter », l'individu n'en est pas moins installé dans une double indétermination : la sortie de la toxicomanie n'est pas toute entière contenue dans cette « *décroche* » ; les soignants sollicités, le traitement investi, suivent des logiques en partie étrangères aux siennes.

Entrer en traitement c'est investir un statut sur lequel s'exerce une autorité médicale parfois couplée de stigmatisation concernant des patients « *particuliers* ». La sollicitation du traitement parle pour la faiblesse d'individus ne souhaitant plus consommer de drogues sans pour autant parvenir à « *arrêter* » seuls. Ces caractéristiques de la position des individus en traitement n'éclairent qu'une partie de leurs dispositions. A leur méconnaissance relative du traitement ne correspond pas une omniscience des soignants, surtout s'agissant d'une thérapeutique encore neuve.

Décalées et souvent mal perçues, les logiques individuelles portées par la rationalité acquise pendant la toxicomanie, ne sont ni totalement inadaptées, ni contre-productives en vue d'une réussite du traitement. Si le moment de sollicitation du traitement parle pour l'affectation d'individus toxicomanes depuis plusieurs années, c'est aussi pour eux le moment d'une décision de sortie dont la détermination est portée par l'épuisement de l'expérience toxicomaniaque.

II) Expérience du traitement : le travail de l'individu

Au fil des semaines, la crispation initiale de l'individu dans un « rapport de toxicomane » au traitement cède peu à peu. Le traitement n'est plus perçu sous le seul angle du produit de substitution. L'individu y ajoute une « présence soignante » et un lieu. La « présence soignante » compte tout à la fois les personnes composant l'équipe, leur fonction et leur statut. Autrement dit, elle a une signification en termes de relation nouée avec le(s) intervenant(s), en termes de compétences identifiées par les individus, mais aussi en termes de rapports d'autorité ou de pouvoir. Le lieu signifie à la fois un espace physique ou « repère », un espace de services ou « marché », et un espace institutionnalisé ou « cadre ».

Empiriquement, nous pouvons distinguer trois logiques commandant les conduites individuelles. Suivant une première logique, l'individu adopte une attitude détachée et entre dans des conduites opportunistes. Nous parlerons d'utilisation critique ou dégagée. Dans une seconde logique d'action, l'individu s'attache au produit, à la présence soignante et au lieu dans une relation de dépendance qui est aussi « écrasement de soi ». Nous parlerons d'adhésion dépendante. Enfin, l'individu peut s'inscrire dans une critique radicale tournée contre un produit, des soignants ou un lieu dont il a toutefois besoin. Nous parlerons de soumission révoltée. Les individus rencontrés ne peuvent pas être différenciés selon qu'ils suivent l'une ou l'autre de ces logiques. Leur attitude est variable. L'utilisation, l'adhésion ou la soumission correspondent pour chaque personne à des lignes de comportements dominantes. Mais l'individu emprunte aussi au moins à l'une des deux autres logiques.

II.1) L'utilisation dans le dégagement

Dans le cadre du traitement, l'individu peut adopter un positionnement analogue à celui d'un consommateur de biens et de services. La ligne dominante de son engagement vise la satisfaction de ses désirs. Cela met en jeu une plus ou moins grande capacité à jouer avec les possibilités offertes par le programme et entre les règles inhérentes au protocole, afin de rentrer au mieux dans ses intérêts.

Le produit

Le produit de substitution est ici évalué en termes d'avantages et d'inconvénients. Le registre de jugement, et donc aussi le positionnement de l'individu, se déploient sur le mode de l'utilisation intéressée. Stéphane est entièrement « *satisfait de son subutex* » puisqu'il l'a « *débarrassé* » du manque et qu'il lui permet de démarrer sa journée « *sans plus rien prendre à côté.* » Eric, lui, ne voulait pas de méthadone. Il critique un médicament qui le rend « *apte* » qui « *le soigne* » certes, mais ne s'injecte pas et ne lui donne pas le « *petit plaisir* » qu'il « *aime* » et auquel il ne veut pas renoncer. Eric est soucieux de sa santé, il ne cherche pas à se « *détruire* » mais il estime que la méthadone est un substitut « *limité »* comparé au moscontin avec lequel il « *se faisait son traitement* » jusque là.

> *« Ce qui est embêtant pour moi c'est que quand tu arrives à la méthadone, c'est fini, il n'y a plus de plaisir, plus rien du tout. Alors qu'est ce qui se passe ? Tu bois ou tu prends des cachetons et en fin de compte tu te casses la tête quand même, mais cette fois ci vraiment. Parce que ces cachetons sont nets, forts, et c'est emmerdant(...) On devrait être capable d'avoir des produits pour les gens qui veulent se piquer, sentir quelque chose mais qui dépendent vraiment de la médecine, qui veulent se soigner (Eric). »*

Pallier les effets limités

Dans cette logique, l'individu a tendance à insister sur les dimensions contraignantes ou non satisfaisantes du traitement. S'agissant du produit de substitution, c'est la pâleur de ses effets comparés à ceux des drogues et les contraintes qui en régissent l'obtention qui reviennent dans les discours. Pour parer à ce qui contrarie manifestement ses aspirations, l'individu met en œuvre des stratégies personnelles de contournement ou détournement des prescriptions médicales. En cas d'insatisfaction

quant aux effets du substitut, certains usent d'expédients quitte à adopter des conduites non autorisées. A l'extrême, les individus versent dans l'illégalité afin d'obtenir les résultats escomptés. Leur attitude n'en constitue pas moins une manière de résoudre le problème qui se pose à eux. Elle s'apparente donc à une forme d'autocontrôle. Les individus s'appuient sur les ressources acquises pendant la toxicomanie afin de se ménager une relative autonomie dans le cadre du traitement. Fabrice n'est pas satisfait de la dose de subutex délivrée et préfère se l'injecter : « *quand entre deux médicaments injectés dans la journée ça suffit, si on doit les sucer le matin, les foutre sous la langue, y'en a pas assez avec deux ! »* Fabrice connaît la quantité de subutex qui lui convient. Il a compris qu'il ne l'obtiendrait pas de son médecin dont il associe l'attitude à une « *réaction de flic* ». Il sait qu'il s'expose à des sanctions s'il persiste à évoquer « *son problème* », soit son « besoin » d'une quantité plus importante de subutex et des injections. Ce qui lui « *pend au nez, c'est revenir tous les jours à la pharmacie pour le prendre sur place. »* Fabrice trouve ça « *intolérable. »* Il habite loin, il a « *autre chose à faire* » et « *c'est pas une vie. »* Du coup, il a changé d'attitude. « *Tout va très bien* » pour son médecin et il s'est arrangé pour « *avoir sa bonne dose* : *j'ai pris un autre médecin pour me faire prescrire le complément. »* Sans entrer véritablement dans l'illégalité, d'autres individus cherchent également à se ménager une relative autonomie par rapport au cadre de prescription. Pour certains, la démarche emprunte clairement de la logique d'usage dans la mesure où il s'agit de maintenir un effet psychotrope. C'est le cas de Christophe. Pendant plus d'un an, il a utilisé un produit de substitution dans une optique de « *défonce* ». Il n'était pour autant « *plus vraiment toxicomane* » et pas encore tout à fait « *patient* ».

> *« Au départ, c'est un peu particulier parce que j'y allais, j'avais totalement décroché et j'allais chercher mon ordonnance de temgésic tous les mois et je prenais tout en trois jours. Je prenais ça un peu comme un extra, plutôt que de prendre de l'héroïne une fois par mois, je me disais : je me fais un extra (Christophe). »*

De son propre « aveu », sa conduite était *« sûrement un usage toxicomaniaque du temgésic*. » C'était « *problématique* », surtout parce qu'il l'injectait. Mais Christophe estime aussi qu'il s'agissait d'une transition dans la mesure où il ne consommait ni autant, ni de la même manière et qu'il avait abandonné ses fréquentations comme son mode de vie de toxicomane : « *tout le reste du mois je n'avais pas le temps de*

m'accrocher. J'étais en période de sevrage, de rupture, rupture de pont. » Ce type de transition est sans doute d'autant plus fréquent (surtout en début de traitement) qu'il n'est pas facile « *d'arrêter d'un coup* ». Victor estime qu'au départ, « *on fait pas mal d'injections. On essaie de se rapprocher de ses manières, de ses habitudes de toxicomane. C'est pas évident. »*

Les individus doivent faire le deuil du plaisir de la défonce ou de celui qui est lié à l'injection. Ils doivent se résoudre à céder le contrôle du produit au médecin. Entreprise particulièrement délicate pour des toxicomanes, cette rétrocession est ici partiellement supplantée par une démarche à mi-chemin entre « *défonce* » et auto-médication. Cette attitude individuelle prépare néanmoins la véritable entrée dans le soin. Avant de s'approprier pleinement les codes thérapeutiques d'ingestion d'un médicament, les individus « consomment » les produits délivrés dans un contexte et selon des modalités si ce n'est protégés en tout cas moins risqués. L'abandon de l'injection compte parmi les critères importants de sortie de la toxicomanie, en particulier pour des individus qui n'ont pas su « *gérer* ». Malgré tout, il arrive que certains continuent de s'injecter des produits. Parfois, il est difficile de trancher sur le sens d'un maintien de l'injection quand le mode de vie de l'individu a retrouvé une stabilité ordinaire et quand lui même estime être parvenu à gérer son goût pour les effets psychotropes sans plus d'exposition à quelque danger de rechute que ce soit. Il en est ainsi de Victor qui fractionne la prise de substitut en deux fois : « *une partie en sublingual, l'autre en shoot*. » Sans nier les risques somatiques auxquels il s'expose en injectant un médicament « *qui n'est pas fait pour cela* », force est de considérer que, de son point de vue, cette organisation du traitement a valeur de sortie de la toxicomanie. L'injection est problématique, surtout pour les patients suivis sous subutex[5]. Mais l'attitude de Victor correspond à une consommation désormais gérée. Elle paraît constituer une étape qui n'entrave pas forcément la poursuite de son processus de sortie.

Logique d'usager et appropriation du traitement

Thérapeutique ou transitoire, ce type de conduite s'apparente donc malgré tout à la mise en œuvre d'un contrôle personnel et à une démarche de soin. Certains de ces autocontrôles présentent d'ailleurs moins d'ambiguïté. Il arrive que les individus

[5] Pour des informations sur ce type de détournement de l'usage du subutex, voir Vidal-Trecan, G. et al., *Usagers de drogues injectables et buprénorphine haut dosage. Analyse des déviations de son utilisation*, étude de l'Observatoire Français des Drogues et Toxicomanies.

transgressent le contrôle médical dans une authentique logique de soin. C'est le cas d'Hélène qui n'ingère qu'une partie des médicaments prescrits afin d'en atténuer les effets secondaires. Sur les 70 mg de méthadone délivrés, Hélène n'avale que 50 mg. Elle a constaté qu'elle y gagnait en dynamisme. Cette gestion du produit a parfois d'autre visée que le contrôle des effets secondaires. Jacques, continue de demander la même dose alors que seule une partie lui « *suffit* ». Le reste, il « *stocke* ». Il a « *réussit à mettre 4 mois de côté, au grand dam des soignants qui veulent absolument qu'il les restitue : ça ne va pas ! C'est mon trésor de guerre ! Pour moi c'est une sécurité. A supposer que demain on ferme le centre, je fais quoi moi ? !* » Jacques contourne les règles mais toujours ouvertement, « *par provocation*. » Sa posture est en adéquation avec la logique d'utilisation qui n'est pas dépourvue d'une dimension de jeu mené contre des « *adversaires* », ici, les soignants. Ce type de résistance et plus largement l'aménagement d'autocontrôles est tout à fait frappant concernant le produit de substitution. L'utilisateur critique se comporte comme un toxicomane ce qui ne signifie pas que les buts visés concernent le maintien de l'usage de drogues. Ces stratégies servent essentiellement l'évolution en traitement et sont conçues comme des techniques optimisant l'efficacité du soin.

L'insatisfaction concernant le produit et les protestations reportées sur les règles structurant le traitement ne peuvent qu'être mal reçues par les soignants. L'attitude individuelle est inévitablement ramenée à la persistance d'un comportement pathologique. L'indépendance relative du patient heurte l'autorité médicale. Mais l'adoption de la conduite requise par les soignants peut entrer en contradiction avec les aspirations individuelles ou tout simplement poser des difficultés d'adaptation qui ne peuvent être totalement ramenées à la mauvaise fois ou à la volonté d'un toxicomane toujours en quête de « *défonce* ». Hunt et Rosenbaum analysent les aménagements mis en œuvre par des patients en termes de transition entre une « culture de rue » et une « culture » propre à l'environnement médical. Les individus sont tiraillés entre deux systèmes de valeurs incompatibles. La transition à opérer éclaire les stratégies de détournement ou les critiques qu'ils profèrent à l'encontre des règles. Par ailleurs, les auteurs montrent que ces stratégies individuelles ne relèvent pas seulement de la temporalité nécessaire à l'investissement d'un nouveau statut, celui de patient. Les individus peuvent adopter une posture évaluative entre les gains escomptés du traitement comparativement à ceux dont ils disposent dans leur milieu. Ce faisant, ils

opèrent des choix, contournent ce qui ne « *vaut pas le coup* » et se conforment à ce qui entre dans leurs intérêts. Et même si les individus se montrent virulents face à des règles qu'ils estiment parfaitement arbitraires[6], les auteurs montrent que les stratégies autonomes qu'ils mettent en œuvre ne visent jamais une opposition à la politique institutionnelle. Elles forment un complément jouxtant les interventions médicales ou consistent en des adaptations aux règles jugées inadéquates. Plus que tout, les soignants craignent et incriminent un trafic de produit de substitution par certains patients. Pour les individus de l'enquête, une telle pratique vise parfois précisément la poursuite du traitement. Ne disposant pas de revenus nécessaires au prolongement de leur traitement, certains patients parviennent à payer le produit de substitution grâce aux revenus tirés du trafic de ce même produit[7] (Hunt, G., Rosenbaum, M., 1998).

La présence soignante

Dans cette conduite opportuniste, la présence soignante est d'abord conçue comme un ensemble de services à dispositions. L'individu parle de ces services rendus plutôt que de relations nouées, il critique les insuffisances de l'offre ou souligne les règles du jeu, plutôt que de s'insurger contre une domination éhontée. Les soignants sont appréhendés uniquement sous l'angle de leur fonction et l'individu s'oriente vers celui qui répond le mieux à ses attentes. La vision est régie par l'assurance d'un individu consommateur de soins, c'est-à-dire au fait de ses intérêts et fortement assis sur sa volonté d'obtenir des soignants ce qu'il identifie comme lui étant nécessaire, bienvenu, agréable.

Des connaissances intéressantes

Dès son arrivée au centre, David « *sait ce qu'il lui faut* » et entreprend de le négocier avec les soignants.

> « *J'ai vu le médecin. Je lui ai dit : j'ai déjà pris de la méthadone au marché noir, je sais que la dose qu'il me faut c'est 60 mg. Parce qu'eux me disaient qu'ils commençaient à 40 mg et ensuite voyaient s'il fallait augmenter ou baisser. Moi j'ai dit : c'est 60 qui me convient. On m'a*

[6] Comme d'être surveillé pendant que l'on urine pour donner un flacon à analyser. La présence de miroir prévu à cet effet est rapportée pour les centres méthadone de l'enquête. Cette pratique n'existe pas ou plus en France.

[7] Ce cas de figure ne saurait se produire en France concernant la méthadone puisque les soins délivrés dans les centres sont gratuits ce qui n'est pas le cas des centres méthadone de l'enquête aux Etats-Unis.

donné tout de suite 60 et au bout d'une heure j'ai dit « impeccable ! Je n'ai plus de sueurs, plus rien. Ils m'ont dit de rester encore un peu, pas de problèmes, je pourrai quand même être à l'heure à mon travail (David). »

David n'a pas d'autre besoin que l'obtention de méthadone, il fait appel au médecin en sa qualité de prescripteur, aux infirmiers pour la délivrance. Myriam aussi identifie la fonction du médecin à son rôle de prescripteur. Elle parle d'un « *suivi appréciable*. » Ce suivi est tout entier contenu dans la délivrance de produit : « *c'est appréciable parce que ça permet d'augmenter si ça ne va pas ou de baisser s'il y en a trop. »* Houari sait « *qu'il lui faut de la méthadone* » mais il garde de nombreuses questions quant à ses effets, son utilisation, sa finalité. Dès lors, en plus de la stricte délivrance du substitut, il attend des conseils de la part des soignants, cherche à bénéficier de leurs connaissances sur le traitement.

« *Ils font ça depuis deux trois ans, c'est leur job. Donc je pense qu'ils s'y connaissent et par exemple tu as des effets secondaires et moi je trouvais ça bizarre parce que la sueur c'est le manque. Donc, j'ai été les voir et ils m'ont dit : c'est la méthadone qui fait suer(...). Par exemple, en ce moment je fais beaucoup de sport. Donc j'ai demandé ce matin : est-ce qu'on peut faire du sport avec la méthadone ? Je demande tout (Houari). »*

Opportunistes, les individus n'en sont pas moins respectueux d'une autorité médicale. L'érudition des soignants force au respect. Comme Houari, nombres d'individus sont en quête d'informations sur le traitement, sur le produit plus précisément. Dès les premières consultations, certains sollicitent donc le savoir médical à cette fin de renseignements. Beaucoup se disent rassurés, agréablement avertis, voire étonnés par les informations reçues qu'ils intègrent désormais à leur propre savoir. Houari « *aime bien* » ce que « *raconte* » son médecin, il trouve ça *« vachement intéressant. »* Il lui a parlé « *un peu de statistiques, le truc de la dépendance*. » Du coup, Houari a véritablement commencé à investir le traitement comme son statut de patient grâce aux explications données par son médecin : « *c'est à travers lui que je suis entré dans le truc*. » Clément a posé « *des tas de questions* » à son médecin : « *pourquoi ci, pourquoi ça*. » Son médecin lui a montré des graphiques et parlé de ce qu'il voit avec d'autres toxicomanes.

> *« Il m'a montré les courbes de l'héroïne et du subutex. L'héroïne tu en prends tu montes super haut, t'es vachement bien, tu redescends, tu en reprends tu remontes, t'en prends, t'en prends. Et le subutex ça fait une autre courbe. Tu en prends tu montes un tout petit peu et puis après ça reste plat pendant des heures et des heures et des heures. Tandis que l'héroïne ça redescend tout en bas. C'est pour ça que tu es obligé d'en reprendre (Clément). »*

Intéressés par les connaissances des soignants, les individus n'échangent toutefois pas sur un pied d'égalité. Plus précisément, les informations données par les soignants participent parfois d'une dévalorisation de leurs propres savoirs. La parole scientifique valant « plus » que celle d'un profane qui plus est toxicomane. Mais les utilisateurs ne sont pas affectés par cette inégalité de position. Ils s'en tiennent aux avantages pratiques ou subjectifs fournis par les explications médicales.

Gérer l'offre de soins

Pour « *tout ce qui est psychologique* » ou qui a trait à sa vie privée, Houari estime que « *ce n'est pas l'endroit*. » Il n'en parle « *absolument pas*. » De toutes façons « *ça ne lui pose pas encore assez de problème* » et il pense se donner « *des réponses ou des moitiés de réponses au niveau inconscient*. » En revanche, il *« se sert pas mal de l'assistante sociale. »*

> *« Je fais énormément de démarches en ce moment. Je vais la voir pour des dettes des trucs comme ça. Je lui demande de faire des médiations par rapport à des problèmes que j'ai ou que je vais avoir. Je n'y vais pas pour n'importe quoi. J'y vais, j'ai des questions précises, je les lui pose, elle y répond et puis : salut merci (Houari). »*

Eric aussi « *bosse bien avec Christine* » l'assistante sociale. C'est la seule à qui il a parlé de ses démêlés avec la justice et « *elle se bouge* » pour lui, afin de lui permettre de « *réapparaître officiellement* » après deux ans de disparition de tout fichier d'existence sociale. Si Eric n'a rien dit « *de tout ça* » aux infirmiers et aux médecins c'est « *qu'ils n'ont pas besoin de savoir* » et que *« moins il y a de personnes au courant, mieux ça vaut pour lui. »*

Finalement, l'individu apprécie en la présence soignante ce qui constitue pour lui une offre de services et témoigne d'une capacité à s'en servir. La démarche s'appuie sur

un repérage des potentialités du traitement en général et des intervenants en particulier. La posture adoptée en conséquence est opportuniste. Cela n'exprime rien de moins qu'une volonté de se rendre acteur de son évolution en se donnant les moyens d'intervenir sur le programme : « *je veux me soigner tout seul. J'ai besoin d'eux pour la méthadone mais je veux gérer mon traitemen*t (Bernard). »

Si l'individu entreprend de « *faire son traitement tout seul* » (Eric), c'est aussi qu'il juge parfois les compétences des soignants limitées et ne leur accorde donc pas sa confiance. Un tantinet méprisant, Loïc pointe ce qu'il considère comme la preuve d'une incompétence majeure de son psychiatre. Il a du lui expliquer que s'il prenait des amphétamines c'était pour « *le plaisir de se planter une aiguille dans le bras. »* Son médecin questionnait « *bêtement* » ces prises d'amphétamines en lui proposant d'augmenter la dose de méthadone délivrée, ce qui, à ses yeux, ne sert à rien. Loïc estime que son médecin aurait du saisir d'emblée qu'il y avait là un « *syndrome de la shooteuse*. »

> « *Pour quelqu'un qui est à ce niveau, elle devrait comprendre ce que c'est, ou savoir, ou avoir entendu parler au moins du syndrome de la shooteuse pour un toxico. C'est-à-dire, peu importe ce qu'il y a dans la seringue, peu importe le vin pourvu qu'on ait l'ivresse comme on dit. Là c'est le plaisir de sentir cette aiguille rentrer (Loïc). »*

Sans plus de confiance dans les compétences de son médecin, Loïc choisit d'adapter sa médication seul, en se fondant sur ses connaissances. Il dit être « *un vrai chimiste*. » Il a constaté une « *grande fatigabilité* » depuis qu'il prend l'antidépresseur prescrit par son médecin, alors il a commencé « *de lui même* » à réduire les doses : « *ça va beaucoup mieux*. »

La relation avec les soignants n'est pas méprisée mais, dans la logique d'utilisation dégagée, elle constitue pour certains cette dimension « *en plus* » bonifiant la qualité du service rendu. D'autres, plus neutres, l'envisagent comme ce qui médiatise nécessairement l'obtention du service. Pour parfaire son utilisation de la méthadone, Kalil demande des renseignements à son médecin qu'il juge compétent. Celui-ci le fait bénéficier de ses connaissances mais c'est aussi « *quelqu'un de sympa* » que Kalil « *aime bien* », qui « *le fait rire* » à force d'hyperactivité : « *il a tellement de patients que parfois tu rentres dans son bureau, la première seconde, il ne se rappelle plus qui tu es. »* L'attitude du médecin est ici remarquée sans plus de détail. Kalil n'est pas froissé,

il « *trouve ça marrant*. » Précisément parce qu'il n'a rien à redire quant aux compétences de ce médecin. Ces « petites absences » ne changent rien à la qualité des services ou informations délivrés. Thomas aussi apprécie les infirmières et son psychiatre pour leur gentillesse et « *parce qu'ils ne forcent pas les gens à parler*. » Il ne ressent ni le besoin ni l'envie de parler mais il sait que « *s'ils sont là, à donner de leur temps, s'occuper de la toxicomanie, prendre en charge des gens, distribuer des produits de substitution, ce n'est pas gratuit. En échange de ça, ils demandent un minimum de choses, ne serait-ce que des entretiens réguliers. »* Même si « *ce côté des institutions l'emmerde* », il s'y résout parce qu'il a besoin de méthadone : « *c'est donnant-donnant*. »

D'autres critiquent clairement ce qui leur apparaît inutile et va contre leur gré. Joël ne voit pas en quoi « *parler sur son parcours en entretien peut l'aider »,* parce qu'il a « *l'impression de se répéter et qu'il en a marre de toujours dire la même chose »,* parce que « *les psychiatres ne voient pas qu'il se répète ou alors, ils n'ont pas de solution »,* parce qu'il pense *« avoir fait le tour de la question tout seul »,* savoir « *pourquoi il a pris de la came et que, même s'il se trompe, il s'en fout : le principal c'est que j'ai arrêté. Le reste, je m'en fous complètement. »* Laetitia n'est pas bavarde avec son psychiatre : « *elle me pose des questions donc je réponds. Mais si elle ne me posait pas de questions, je ne parlerais pas. J'y vais parce que je suis obligée sinon je n'irais pas*. » Laetitia n'est ni hostile ni proche de son psychiatre. Simplement, elle se dit qu'elle ne peut rien pour ce qui la préoccupe. Dès lors, à quoi bon la voir si ce n'est parce que c'est obligatoire ?

> *« Mais si je lui dis : voilà le gros problème dans ma vie en ce moment, c'est ne pas avoir de fric, pas de boulot, avoir des problèmes de logements c'est-à-dire ne pas savoir si je vais garder mon appartement ou pas, avoir les huissiers au cul. C'est ça qui me pose vraiment problème donc je ne peux penser à rien d'autre pour l'instant. Il faut d'abord que j'essaye de bouffer tous les jours, de garder mon appart. Elle ne peut rien contre ça, et moi je n'ai que ça à lui dire. Alors voilà, j'en parle et elle m'écoute, ça occupe les vingt minutes (Laetitia). »*

Les entretiens font partie des exigences des soignants, ils constituent une des « règles du jeu » avec lesquelles Laetitia doit composer. A propos de ces règles, Pierre ou Marine parlent d'une « *politique du bâton et de la carotte qu'ils ont toujours connue*

dans tous les trucs pour les tox. » Mais ils s'y tiennent, « *bien obligé* ». Tous deux ont parlé de leur difficulté à venir au centre quotidiennement parce qu'ils n'ont pas de voiture. Ils se sont vus répondre : « *les règles sont ce qu'elles sont, on ne peut pas déroger*. » En conséquence, ils ont *« choisi de suivre ces règles, d'accepter la carotte et le bâton »* parce qu'ils ont *« compris que leur intérêt était de les suivre même si ce n'était pas facile. »* Pour Marine, « *la carotte essentielle c'était : au bout de six mois d'abstinence tu peux emporter tes doses pour le week-end. »*

Certains élaborent des stratégies d'évitement par rapport aux exigences ou spécificités entrevues chez les soignants. Kalil a décidé de « *ne plus rien dire ici* » sauf à Christophe son infirmier, parce que « *les autres sont fourbes, ils dépassent les bornes pour s'immiscer dans ta vie, même carrément contrôler ta vie*. » Laetitia se sent épiée jusque dans les conversations banales qu'elle a avec les autres patients dans la salle d'attente du centre. Elle fait donc attention à « *tout ce qu'elle dit quand elle discute avec ses copines* » parce qu'elle sait que les infirmières l'écoutent et « *répètent tout. »*

> *« Ça ne me dérange pas qu'elles soient là avec nous, mais ce sont les oreilles du centre c'est clair, alors je fais gaffe. Tu es obligé de tout le temps surveiller ce que tu dis, parce qu'elles répètent tout et souvent c'est déformé* (Laetitia). »

Laetitia évite donc de parler de *« certaines choses* » dans l'enceinte du centre et préfère rallier le café d'à côté pour discuter en toute liberté. La surveillance pointée ne lui est pas particulièrement gênante mais elle trouve ça « dommage » : « *je trouverais ça mieux si on pouvait parler librement de certains trucs là-bas. »* Eric prend un Rohipnol tous les soirs. Cet hypnotique lui est utile et agréable. Avec ça, « *il sait qu'il ne va pas tourner trois heures dans son lit »* et quand il se couche « *c'est pour dormir*. » S'il demande aux soignants de lui en prescrire, ceux-ci vont le *« vanner* » et penser qu'il se « *défonce* ». Eric préfère aller voir son médecin de ville *: « c'est plus simple*. »

> « *Si je demande des Rohipnol à mon médecin, il sait que c'est pour le soir parce que je n'arrive pas à dormir (...) Ici ils me diraient : tu veux piquer du nez, etc. Mais à la rigueur s'ils veulent être au courant ils peuvent parce qu'ils communiquent avec mon médecin, ils se téléphonent (Eric). »*

Jacques a continué à consommer de l'héroïne épisodiquement au cours des premiers mois du traitement. Cela n'était pas en contradiction avec sa démarche de sortie, mais il savait qu'il serait tenu de prolonger sa venue quotidienne au centre si cela apparaissait dans ses urines. Surtout, il est profondément hostile à cette technique de *« contrôle social »* que sont les analyses d'urines. Du coup, il s'est « *débrouillé pour falsifier les analyses* » et a toujours rendu compte de ses « *diverses triches* » au médecin, « *par bravade* » et « *pour lui montrer qu'il était plus important d'établir une relation de confiance avec les gens, qu'une relation de contrôle avec des analyses. »*

> *« Je leur ai toujours dit : j'ai triché deux fois et les tests n'ont rien révélé. Une fois, j'ai vidé mon flacon d'urine dans les chiottes et j'ai repris ensuite de l'eau pour que vous ne puissiez pas en détecter la présence (Jacques). »*

Comme pour celles qui concernent l'utilisation du produit, les stratégies individuelles constituent ici une manière de conserver une marge de liberté par rapport au pouvoir d'autorité des soignants. L'individu met à distance la présence soignante, subjectivement, en critiquant les représentations, les choix, ou les personnalités des intervenants et concrètement, en élaborant des stratégies par lesquelles il évite ou contourne leurs exigences.

Le lieu

L'attitude est reproduite à l'égard du lieu. Celui-ci est tantôt conçu comme un espace convivial dont l'individu peut profiter, tantôt comme un cadre contraignant à l'intérieur duquel il tend à se ménager un espace d'autonomie, qu'il apprend à utiliser à son avantage. Le lieu est valorisé dans le discours quand il se prête à une utilisation. Matthieu trouve que « *c'est un endroit sympa où l'ambiance n'est pas nulle*. » Joël dit que *« finalement ça l'occupe* » et puisqu'il n'a « *rien à faire, c'est pas plus mal de venir là, de discuter de tout et de rien*. » Pour Eric, le temps passé au centre est « *du temps de gagné »* parce qu'il n'a « *nulle part où aller*. »

> *« Moi je squatte un peu ici, parce qu'il y a le problème que je n'ai pas de toit de toute manière. Donc je suis ici, au chaud. Si ça se trouve il pleut dehors. Pour moi c'est du temps de gagné, pas du temps perdu (Eric). »*

D'ailleurs, ce sont parfois les limites posées à cette utilisation du lieu qui sont critiquées : « *avant, on pouvait rester plus longtemps. Mais comme il y a eu des problèmes entre quelques personnes, on en subit tous les conséquences. Tu viens, t'as pris ta méthadone, dehors ! (Loïc) »*

Face à cette limite d'utilisation du lieu, certains « *s'arrangent* » pour prolonger leur temps de prise en charge institutionnelle. Kalil n'est pas pressé de quitter ce qui lui apparaît « *comme un lieu de rencontre, un petit club* » où il s'est fait « *des tas de copains*. » Il a donc volontairement tardé pour remplir les conditions de sortie : « c*omme je n'avais pas refait tous mes papiers, ils n'ont pas pu me sortir. »* D'autres, parviennent à tirer parti de ce qui n'était que contrainte initialement. Dès lors qu'il est patient du centre, Jacques se dit « *obligé de jouer le jeu à propos des règles du protocole*. » Mais la *« méthode »* employée par l'institution heurte son « *approche philosophique de la question et sa position de citoyen. »* Pourtant, il trouve des avantages financiers à sa mise en arrêt maladie qui est une conséquence directe du passage quotidien au centre. Les avantages mis en avant par Eric tiennent à son statut de patient qui rassure ses proches et qu'il espère faire valoir pour atténuer les sanctions judiciaires auxquelles il est exposé.

> « *Ça fait plaisir à tout le monde, à ma copine, à ma mère : il va au centre et tout, il prend de la méthadone, il a changé tu le verrais, il a grossi et tout, il est beau mon fils. Enfin, tu vois le plan(...)Je vais faire opposition sur pas mal de jugements. Je vais y aller, je vais me représenter, dire : avant je n'étais pas le même c'était différent, maintenant je suis sous méthadone, en traitement, je me soigne. Je peux jouer là-dessus (Eric). »*

Laetitia aussi parle d'une contrainte à propos de sa venue au centre mais, pour l'instant, elle n'aurait « *pas d'avantages à aller en ville. »* Elle ne veut pas y aller, « *c'est une question financière.*» En ville, il faudrait « *qu'elle sorte l'argent »* et pour le moment elle « *n'a pas les moyens de payer sa méthadone. »* Si elle reste au centre c'est donc « *par rapport au fric* » mais aussi parce que « *par exemple, tu peux aller à la piscine, au jacuzzi, tu peux faire des trucs. C'est bien, c'est pas loin de chez moi, pour l'instant c'est le mieux. »*

Le lieu est souvent critiqué parce qu'il incarne un cadre contrariant la liberté des individus. Cela ne veut pas dire pour autant que ceux-ci sont, *a priori*, contre tout type

de contrôle. Au contraire, un suivi rigoureux optimise à leurs yeux le déroulement du traitement. Kalil trouve que « *c'est bien qu'ils obligent à revenir tous les jours si tu as des urines positives, parce que ça casse les couilles. Moi j'aurais tendance à dire : tu veux délirer, OK délire mais on ne va pas te laisser délirer avec ta méthadone tranquille chez toi. Tu reviens tous les jours pour prendre ta méthadone. Parce que ça, c'est un calvaire, surtout pour celui qui habite loin. »*

Le positionnement critique des individus n'est pas dépourvu de toute ambiguïté. En tout cas, la posture n'est pas forcément à la critique. Les individus peuvent finalement estimer qu'il est dans leur intérêt de se conformer aux prescriptions médicales. En particulier, concernant le médecin, ils peuvent à la fois s'emporter sur le thème de la suspicion discriminante « des médecins » et rejeter « l'option » d'une délivrance de produit sans médecin, critiquer la surveillance exercée et estimer qu'il est normal que le médecin ne fasse pas confiance *a priori*. Agaçantes, contraignantes, malintentionnées, les techniques de contrôle médical n'en sont pas moins « normales» aux yeux de tous. Damien trouve « *normal* » voire « *obligé* » que le médecin lui pose un grand nombre de questions : « *faut bien qu'ils aient une approche de la personne à qui ils ont affaire. Il faut qu'ils cernent un peu »* souligne-t-il à propos d'interventions médicales qu'il vit pourtant comme de véritables interrogatoires.

Finalement, les individus affichent ensemble leur réprobation plus ou moins forte et leur assentiment quant au contrôle médical. Qu'ils en pâtissent ou s'y confrontent sans plus d'offense, tous comprennent, au bout du compte, qu'il en soit ainsi. L'assentiment est associé aux critiques et n'empêche pas un certain détachement. Cette acceptation relative des contraintes signifie que les individus ont peu ou prou intériorisé les catégories du jugement médical. Ils s'attendent à être surveillés et trouvent normal que les soignants se méfient. Une telle attitude leur est familière. Force de l'habitude ou stéréotype, certains disent connaître *« à l'avance »* les questions que pose ou se pose le médecin. A tel point parfois qu'ils ont fini par les assimiler aux questions qu'un médecin se doit de poser à un toxicomane. En conséquence, les individus consentent au contrôle médical par habitude mais aussi parce qu'ils y voient une posture appropriée au suivi des toxicomanes. En plus d'être attendue, l'attitude du médecin paraît ainsi tout à fait recevable à Henri. D'autant plus que la force de ses résolutions lui permet de se tenir parfaitement détaché d'un cadre thérapeutique dont il a fait un moyen utilisé à des fins personnelles.

« Au début, c'est vrai, il me faisait tout le temps des analyses d'urine. Comme ça il pouvait déceler si je prenais de l'héroïne ou pas, voir sûrement si je mentais, ou si j'en prenais avec ou des trucs comme ça. Je pense que pour moi c'était plus pour savoir si je mentais ou pas. Il voulait vérifier ou... Mais ça je le comprenais parce qu'il a du tomber sur des engins... Moi je comprenais ça et puis c'est normal. Le docteur, il est là pour soigner. Il a du tomber sur des cas plus durs que moi, plus menteurs... Mais moi ça je m'en foutais. Il pouvait me faire une analyse de sang, chaque fois s'il voulait alors là, je m'en foutais, c'était pas mon problème ça. Ce que je voulais c'était arrêter, en allant travailler tous les jours et en rentrant chez moi tous les soirs (Henri). »

Dans cet extrait, les formes narratives employées éclairent l'alliage de détachement et d'assurance personnelle caractéristique de la position de Henri. Les « *il me faisait* », « *il pouvait », « s'il voulait»*, expriment un dégagement que viennent renforcer les marques d'une détermination personnelle : « *je m'en foutais... Mon problème... Ce que je voulais* ». Autrement dit, son adhésion au contrôle médical tient plus de l'assentiment. Henri se tient relativement dégagé. Son attitude est commandée par sa détermination personnelle.

Les stratégies individuelles visent l'évitement de règles agaçantes régissant les conduites autorisées dans le lieu. Elles tiennent aussi à la définition de certaines règles comme parfaitement arbitraires. Venir au centre quotidiennement constitue pour Jacques, une « *exigence »* d'autant plus critiquée qu'elle n'a, à ses yeux, aucune justification thérapeutique : « *je ne vois pas en quoi venir le dimanche pour s'envoyer sa méthadone et repartir c'est thérapeutique. »* Il a eu de fortes altercations à ce propos avec les soignants : « *ils n'ont pas su m'expliquer à quoi ça servait. Je n'ai pas eu de réponse là-dessus. Mais parce qu'il n'y en a pas ! »* Par ailleurs, il est bien évidemment interdit de consommer quelque substance illicite que ce soit à l'intérieur du centre ou encore de se livrer à des trafics de toute sorte. Cela constitue souvent une « hantise » chez les soignants qui sont intraitables là-dessus, et surveillent strictement les patients. Il n'empêche. Loïc regrette « *qu'en un quart d'heure à peine on lui ait proposé déjà quatre produits différents dans la salle d'attente. »* Tous soulignent que, surveillance ou pas, « *c'est très facile de faire un plan : même en salle d'attente, il suffit de parler à voix basse, et puis de sortir*» (Joël). L'alcool est interdit dans l'enceinte du lieu. Cela n'empêche pas Pascal et son amie d'emmener quotidiennement une bière qu'ils

dissimulent dans la poche de leur blouson. C'est donc moins le contrôle soignant que la résolution personnelle qui compte à ce propos.

> « *Contrôler ou suspecter ce n'est pas la meilleure manière d'aider les gens qui n'arrivent pas à arrêter. Parce que ce n'est pas efficace (...) À part si tu piques du nez, tu n'as pas beaucoup de moyens de voir que quelqu'un a pris de la came. Je me suis aperçue qu'il y avait des gens qui continuaient la came. Et ils ne le voient pas parce qu'il y a des trafic d'urines des trucs comme ça. Ils ne s'aperçoivent que des cachetons parce que ça saute aux yeux, la fume aussi. Moi j'ai vu des gens cassés et ils ne s'en sont pas aperçu parce que les urines étaient truquées. Alors le contrôle c'est bien mais je ne suis pas convaincue qu'il y en ait vraiment (Laetitia).* »

***

Dans la logique d'utilisation, la démarche est clairement opportuniste puisque l'individu se sert d'un produit afin de satisfaire ses attentes. Il utilise les compétences des intervenants qu'il conçoit comme autant de services rendus et il profite des avantages du lieu. Parallèlement, il sait s'affranchir de certaines limites posées à son utilisation : il élabore des stratégies d'évitement ou de détournement des exigences du programme. Cela signifie aussi une prise de distance par rapport au traitement. L'individu se tient dégagé de contraintes ou conceptions soignantes qu'il ne partage pas. Les premières sont froidement critiquées, les secondes, souvent ignorées. L'ensemble des stratégies mises en œuvre vise les bénéfices présents liés aux services à disposition, les avantages acquis grâce au statut de patient et l'affranchissement de mesures de contrôles jugées inutiles, agaçantes ou arbitraires. Du point de vue du processus de sortie de la toxicomanie, cette logique d'organisation de l'expérience correspond à une utilisation optimale des savoirs forgés pendant la toxicomanie (savoirs acquis au cours des interactions dans les mondes de la drogue comme par rapport aux diverses instances de contrôle à l'œuvre pendant la trajectoire, institutions soignantes, proches, agents de répression…). La dominance de cette logique de l'intérêt signifie une mise à l'écart des autres dimensions de la sortie, celles qui tiennent à une reconstruction de soi par (ré)engagement dans des relations et par retour à une conformité aux normes et valeurs courantes. L'importance de cette logique dans le processus de sortie de la toxicomanie

n'en est pas moins tout à fait fondamentale. Elle est synonyme du maintien ou renforcement de l'autonomie relative maintenue par l'individu tout au long de sa toxicomanie.

II.2) L'Adhésion dans la dépendance

Les conduites d'adhésion dépendante, sont caractérisées par une posture ouverte de l'individu par lesquelles il demande à être « pris en charge ». La faiblesse ressentie est ici dominante dans son positionnement. *A priori*, il accepte les règles institutionnelles ou celles posées par les soignants, il adhère ou du moins ne questionne pas les catégories interprétatives de ces derniers. Ceci, parce qu'il se sent fragile et que malgré tout, tout cela le sauve. Le ton est d'emblée donnée par Sylvie : « *aidez-moi, faites ce que vous voulez, mais aidez-moi. »*

Le produit

Ici, le produit de substitution constitue, avant tout, ce qui aura sauvé chacun si ce n'est d'une mort annoncée, du moins d'une vie devenue intolérable. D'emblée, Thierry l'appréhendait comme *« sa dernière chance*. » Thomas se disait que « *si ça ne marchait pas, autant se mettre une balle dans la tête*. » Pour d'autres, c'est une fois l'apaisement ressenti, que le produit de substitution apparaît miraculeusement efficace. Tous se montrent d'abord méfiants envers un produit inconnu. Au tout début du traitement, Kalil, François, Benoît et d'autres, ont eu pour premier geste de *«* se faire un fix », pour « vérifier ». Kalil précise qu'on lui avait dit *:* « ce n'est pas la peine de shooter vous ne sentirez rien. *»* Pourtant, c'est *« la première chose »* qu'il a faite quand il a pris de la méthadone *: « je me suis fait un pet direct parce que je suis arrivé à un stade où je ne fais plus confiance.* » Une fois l'assurance physiquement éprouvée que « ça marche », le souvenir des souffrances endurées demeure vivace dans l'esprit des individus. Mais c'est ce qui conditionne leur perception du produit. La vision en est avant tout positive puisque l'individu l'élabore en regard de ce que le produit de substitution neutralise. Elle est aussi inversement proportionnelle à la hantise de revivre un moment de manque. Bien souvent, dans la journée Hélène pense *« à ça, au manque* » en se disant *: « mon dieu ! Qu'est-ce que c'est bien cette méthadone ! »* C'est qu'Hélène ne saurait concevoir « une seconde » de se retrouver en manque. Elle se *« foutrait en l'air, plutôt que de*

revivre ça, cette horrible chose qui est latente : chercher du fric, le dealer, t'as le dealer t'as pas le fric... Sentir mauvais, transpirer. »

Dans la logique d'adhésion dépendante, le produit de substitution figure donc comme un philtre inespéré auquel les individus attribuent un pouvoir de délivrance. De ce point de vue, ils lui accordent une importance tout à fait fondamentale dans leur processus de sortie de la toxicomanie. Cela dit, c'est la présence soignante qui constitue l'ingrédient essentiel de l'efficacité du traitement. L'individu modèle son comportement et affine son jugement principalement à partir de l'affection qu'il voue aux soignants.

La présence soignante

L'attitude de l'individu à l'égard des soignants est ici affectivement connotée. Cela tient à son sentiment de fragilité, de désolement relationnel. La présence soignante est surtout investie et perçue dans sa dimension de relation nouée avec des personnes qui ont fait preuve de chaleur humaine et d'attention, ceci, indépendamment de leur fonction professionnelle. Kalil se rappelle de l'accueil qu'on lui a fait la première fois qu'il s'est rendu au centre : « *c'était : salut, bonjour, vous voulez un café ? L'intérieur était beau c'était vaste, grand... J'ai trouvé l'accueil chaleureux, j'ai été bien accueilli voilà. »* Kalil avait écumé jusque là de nombreuses salles d'attente dans lesquelles il sentait bien qu'il n'était pas *« le client habituel tellement les gens le regardaient comme un pestiféré. »* Il avait aussi rencontré de nombreux médecins et s'épuisait à leur *« raconter sa chanson qui était devenue une mélancolie »* aux couplets inévitablement chantés, à chaque interrogation. Face au personnel du centre, confronté aux mêmes questions, il n'a pas « *sorti sa chanson* », il a « *raconté son parcours* : *l'accueil, ça y fait beaucoup mine de rien. »* Dorothée aussi évoque un « *pas grand chose qui change tout*. » Quand elle va au centre, elle sait qu'elle va pouvoir souffler ne serait-ce que cinq minutes, « *parce qu'ils te laissent t'asseoir, ils ne sont pas là, à tout de suite, te sauter dessus. »* Tous les membres de l'équipe l'appellent par son prénom : « *c'est mieux qu'un numéro, comme aux ASSEDIC. Déjà, on a un peu quand même l'impression d'exister. »* Elle peut aussi fumer dans les bureaux, venir avec son chien « *rien que ça, c'est bien pour nous*. » Quand elle va voir son « *médecin préféré »* en entretien, elle sait qu'il ne s'occupe que d'elle : « *le téléphone a beau sonner, il raccroche très vite. Il ne se lance pas dans une conversation, il fait abstraction du reste. Tout ce qui compte, c'est nous. »*

Une attention qui réconforte

Même ténus, de tels signes témoignent d'une attention à laquelle les individus se montrent fortement sensibles. C'est là le premier degré de la relation nouée avec les soignants. La chaleur humaine ressentie réconforte et rassure. Dans les centres méthadone, celle-ci est plus particulièrement incarnée par un membre de l'équipe avec qui l'individu aura tissé une relation privilégiée, vécue sur le mode amical. En plus de concentrer toutes les bienveillances de l'individu, le soignant devient alors sa référence. C'est à lui qu'il parle de préférence. C'est de lui qu'il attend, de préférence encore, des conseils, une attention, un soutien. Matthieu est très attaché à Yasmine son infirmière. Il se dit que « *ce n'est pas une copine, il la considère toujours comme une infirmière. Mais, en même temps, il sait qu'il y a un truc en plus chez Yasmine. Et c'est ça qui lui apporte justement.* » Aux yeux de Kalil, et sans aucune hésitation, « *le meilleur c'est Christophe »,* son infirmier. S'il avait « *un oscar à remettre »*, c'est à Christophe qu'il le donnerait. Parce que « *déjà, quand tu vas lui parler de tes problèmes, il t'écoute avec une oreille attentive, il ne te coupe pas la parole. Et une fois que tu as parlé, il te donne son avis.* »

> *« Il a une manière de t'expliquer les choses, toujours simplement, tu comprends vite. Et puis aussi, ce que tu confies à Christophe, c'est à lui que tu le confies. Et tu sais que ce ne sera pas répété en salle de réunion(Kalil). »*

Réelle ou relative[8], la confidentialité respectée par le soignant « *préféré* » revient souvent dans les discours individuels. Elle signifie l'importance d'une relation privilégiée qui renvoie l'individu à l'importance de sa personne et au respect du à un individu dont l'histoire et les sentiments sont irréductibles à ceux des autres toxicomanes. C'est donc un fondement essentiel du détachement de cette identité sociale indifférenciée et, partant, de la reconstitution de soi. L'individu puise dans cette relation, les tenants d'une personnalisation partie prenante du processus de sortie de la toxicomanie.

Plus que sa fonction, c'est bien la personnalité du soignant qui importe ici. La demande exprimée est celle d'une présence, d'une écoute pour soi. L'individu n'attend

[8] Il n'est pas évident que le soignant désigné honore totalement cette confidentialité. Non pas par manque de respect tant de l'individu que la norme médicale mais parce que la prise en charge d'un patient par une équipe soignante suppose le partage de tous les éléments susceptibles de participer au soin mené collectivement.

pas d'un infirmier, d'un médecin ou d'un psychologue, qu'il réponde à ce qui n'est rien moins qu'une demande affective. Il s'attache à une personne, et s'ouvre à elle de la même manière qu'il parlerait à un proche. Plus aisément sans doute, dans la mesure où la neutralité requise ou supposée du soignant facilite l'expression de ce qui ne saurait être révélé aux proches. Cela dit, parce que la relation est affectivement chargée l'individu craint parfois de décevoir. En conséquence, il peut choisir de ne pas dire, voire de mentir sur ce dont il a honte.

Si la relation est présentée comme amicale, ce n'est pas forcément que l'individu l'investit sur ce mode là. Bien souvent, c'est une manière de séparer « *la parole forcée* » donnée « *aux psy* » de celle, « *authentique* », échangée avec « *quelqu'un qui sait écouter* ». La plupart des individus ont multiplié les expériences de sevrages dans des cadres thérapeutiques diversifiés. Là, ils se sont sentis chaque fois « *forcés de s'expliquer* » alors qu'ils souhaitaient être écoutés et non interprétés. Une telle socialisation aux systèmes de prises en charge pour toxicomanes, explique en partie que quand l'individu valorise une relation fondée sur la parole, cela tient à la personne avec qui il parle, qu'elle soit psychiatre, infirmier(e), médecin généraliste ou autre. Le refus de se raconter, de se tourner vers son passé tient aussi à un désir d'être écouté ici et maintenant, pour ses problèmes présents. Ceci est conforté par des évaluations menées sur les traitements de substitution. Elles montrent que la psychothérapie systématique est une réponse inadéquate. Les individus ne souffrant pas de trouble psychiatrique n'en ont pas forcément besoin(Woody, G, *et al.*, 1985). C'est la variable personnelle qui est significative pour rendre compte de l'efficience des intervenants (Mac Lellan, *et al*., 1988).

Une demande de contrôle

Dans la logique d'adhésion dépendante, la relation est dominante, elle l'emporte sur les compétences et le statut des soignants. Qu'il parle de ces compétences ou du pouvoir d'autorité, l'individu le fait toujours de manière incarnée, c'est-à-dire en les reliant à une personne bien plus qu'à une fonction ou un statut. L'attention requise et attendue de n'importe quel personnel médical, de même que la capacité de prendre en charge les difficultés individuelles, sont personnifiées. L'individu peut ainsi attribuer au soignant avec lequel il a « *accroché* », l'essentiel de ce qui a été fait pour lui dans le centre. Matthieu avait besoin de substitut. Le produit l'a aidé mais il dit devoir son

évolution à Yasmine. C'est grâce à elle qu'il a pu changer : « *ce n'est même pas les entretiens avec le psychiatre ou quoi. C'est le fait de discuter avec Yasmine seul à seul*. » Elodie explique que son psychiatre l'aide à « *comprendre et faire des choses »*, lui dit ce qu'elle « *doit faire* » même pour une démarche sociale. Si elle s'adresse à lui « *pour tout* », c'est qu'il la « *connaît très bien. »*

> *« Il m'a vue dans des états, personne d'autre ne m'a vue dans des états comme ça. Quand j'étais vraiment dans la came (...) On a beaucoup discuté. Alors je me dis qu'il est plus à même de comprendre mon état d'esprit, de m'aider, même quand je ne dis pas grand chose (Elodie). »*

La force de contrainte mise en œuvre par les soignants, n'est pas conçue comme telle quand elle provient du référent ou de ceux qui se sont montrés chaleureux par ailleurs. Elle est alors interprétée comme l'expression de la valeur des soignants et comme le moyen sans doute le plus approprié pour permettre à l'individu de retrouver une assise personnelle. Les soignants maintiennent de rigoureuses contraintes, mais c'est parce qu'ils savent comment agir au mieux, avec les toxicomanes en général, avec l'individu en particulier. Joël admet qu'il a trouvé l'attitude soignante rigide ou « *chiante* » au départ. Mais à présent il y voit de la « *sincérité* », de la « *franchise* », celles de personnes qui ne se sont pas laissées berner par sa « *mythomanie* » d'alors. Et c'est ce qu'il voulait. Il voulait « *qu'on lui foute des coups de pieds au cul, qu'on le pousse et qu'on lui dise : arrête de te la raconter, arrête de te la jouer. »* David aussi estime que la rigidité de l'équipe n'est « *ni trop forte ni trop faible»* et *« c'est ce qu'il faut avec les toxicomanes (...) Ce sont des gens qui ont besoin d'être tenus. » « Un toxicomane, c'est particulier c'est pas... C'est pas Monsieur tout le monde, il ne faut pas faire confiance »* ajoute Damien.

Les individus ne critiquent pas les contraintes du traitement. Ils valorisent cette autorité mise en acte par les soignants. Ici, le contrôle n'a pas valeur de pouvoir arbitraire exercé sur des « *toxicos* » méprisés. Les individus sont contrôlés parce qu'ils sont toxicomanes mais c'est pour eux et, paradoxalement, le signe d'une prise en considération de leur personne. L'individu se définit comme « *quelqu'un de faible* » qu'il faut donc prendre en charge. Quelle que soit leur nature ou leur ampleur, les contraintes médicales viennent conforter son besoin d'être tenu. L'intransigeance des soignants s'adresse aux dérives éventuelles du toxicomane et l'individu considère que

c'est précisément ce qui lui permet au mieux d'avancer dans la voie d'une restructuration personnelle. Charlotte demande à être contrôlée. S'il y a lieu, elle veut « *être mise en défaut.* » Elle veut que « *ce soit fait.* » Parce que « *son intérêt c'est de lutter contre elle même. Si on l'aide à le faire, c'est encore mieux.* » Elle veut *« être obligée peut-être pas de rendre des comptes, mais si en quelque sorte*. » Même, elle est entrée en traitement « *peut-être pour ça finalement.* » Charlotte précise le fondement de cette demande de contrôle. Elle a besoin d'être « *tenue ». « Lâchée*» , elle courrait le risque de *« retomber*», de « *craquer*» pour de la drogue.

> *« Ça t'aide parce que tu vois que quelqu'un est là pour t'aider à suivre ce traitement, qu'il ne va pas te lâcher. Si tu as un problème malgré tout, tu peux y aller quand tu veux, il sera là (Charlotte). »*

A ses yeux, le contrôle du médecin constitue l'ingrédient essentiel de la relation thérapeutique, peut-être le plus fonctionnel ou efficace. Mieux, Charlotte voit dans cette contrainte exercée par le médecin la marque d'une considération et le moyen d'une construction personnelle. Le contrôle serait donc aussi une voie d'accès privilégiée à sa personne. Par les obligations qu'il lui impose et les sanctions qu'il met en œuvre, le médecin montre qu'il « *s'intéresse vraiment à elle ».* De son côté, elle y trouve le moyen de se « *structurer* ». La demande de contrôle caractéristique de l'adhésion dépendante est à la mesure de la méfiance que les individus ont pour eux-même. Dans le même temps, le contrôle médical est associé à une reconnaissance de soi.

> *« J'ai trouvé ça bien parce qu'en fait ça te donne une certaine structure avec des limites très définies et c'est toujours plus facile que lorsque tu n'as pas tout ça. Tu as l'impression aussi d'être pris en charge, le fait justement qu'il te demande des comptes, c'est un intéressement à toi, tu vois que quelqu'un vraiment s'intéresse à toi... Tu as l'impression vraiment qu'il te prend en charge et qu'il va t'aider (Charlotte). »*

Les demandes affectives supposent *a priori* une forme de bienveillance vis à vis des dérives éventuelles du patient. Ici, elles se confondent avec une attente de contrôle intraitable. La bienveillance attendue doit passer tout à la fois par une chaleur humaine et par des contraintes que l'on souhaite inflexibles. A tel point parfois qu'un thérapeute « *trop sympa* » paraît au mieux suspect, au pire incompétent. Sa souplesse bonhomme déstabilise. Damien juge son médecin « *un peu trop décontracté*. » Il trouve qu'il a

« *une drôle d'approche* » et qu'il devrait avoir *« un peu plus de rigueur, un peu plus de tenue*. » Damien est manifestement affecté par les doutes maintenus par son médecin à son égard. Cette absence de confiance le renvoie à une identité de toxicomane. Identité précisément synonyme de méconnaissance de soi comme en témoignent les tournures impersonnelles et indéfinies qu'il utilise.

> *« Des fois il fait l'amalgame, parce qu'à force de voir des toxicomanes, parce qu'il s'occupe de trente personnes je crois. Il voit de tout donc il doit faire l'amalgame des fois, parce que je lui dis des choses et il a des doutes. Mais c'est normal, après je me dis c'est normal qu'il se comporte comme ça parce que je serais à sa place, je ferais pareil. Mais dans ces cas là, on ne s'occupe pas des gens comme ça ! Si on a des préjugés, si on a des a priori, des tensions, on ne le fait pas ! C'est pas comme ça qu'on peut aider les gens (Damien). »*

Pourtant, même offensé par le regard soupçonneux de son médecin, Damien adopte une attitude qui vise directement la manifestation de son autorité. Dans l'extrait qui suit, la coloration enfantine de ses propos, comme de la posture provocante qu'il tient, viennent appuyer sa demande de contrôle. Il paraît en avoir besoin pour se rassurer, parce qu'il se vit comme « *un toxicomane* » c'est-à-dire, « *quelque chose* » de « *particulier* », qu'il ne maîtrise pas, qu'il aimerait que « *l'on* » contrôle, parce que « *on ne peut pas faire confiance*. »

> *« Il n'y a pas de rigueur parce que les analyses d'urines, il croit que j'en ai fait mais je n'en ai pas fait. C'est-à-dire que chaque fois que j'y vais, il me fait : ah t'as fait une analyse d'urine? Je lui fais : non non. Il me dit : allez va faire pipi. Je lui dis : ben j'ai pas envie là ! Il me dit : bon. Tiens je te donne le pot tu iras . Et puis je ne l'ai jamais fait. Ça fait... J'ai la flemme d'y aller en fait. J'y vais pas, c'est pas par peur ou quoi, et chaque fois il ne me dit rien ! Il ne me dit pas : ah tiens tu ne l'as pas fait. Ça fait deux ans quand même, c'est grave ! Je ne comprends pas pourquoi il ne me demande pas les analyses d'urines ! (Damien) »*

L'individu aspire à être contenu, empêché de poursuivre dans des conduites qu'il ne maîtrise pas et perçu comme « *quelqu'un à qui il faut mettre des barrières »* (Joël) voire qu'il faut « *enfermer* » (Antoine). Si les conceptions des soignants ou leur pouvoir d'autorité sont ainsi défendus, cela n'est pas seulement parce que la relation nouée force

le respect. La demande de contrainte est attente de contrôle du toxicomane à l'intérieur de soi.

Vers l'autocontrôle

Plus que le statut ou la fonction du soignant, la charge d'affects investis ou non dans l'échange conditionne la conduite individuelle. Elle pousse l'individu dans une logique d'autocontrainte. Chacun cherche à réprimer toute tentation de consommations. Un médecin « *sympathique* » ou simplement avenant jouit, de ce fait, d'une aura qui a valeur de contrôle. L'amabilité ou la gentillesse dispensées deviennent les ressorts d'une force de contrainte qui influence profondément les individus. Mus par le désir de ne pas décevoir, ils veillent à se conformer aux attentes de celui ou de celle qui, d'une manière ou d'une autre, prend soin d'eux. Il s'agit d'être à la hauteur d'une attention qui réconforte par l'affection somme toute rare qu'elle diffuse et parce qu'elle rehausse l'image de soi. Pour traduire ce sentiment, l'impression d'être considéré comme une personne revient souvent dans la bouche des individus. En retour, celui ou celle qui accorde de l'attention est appréhendé avant tout comme une personne et vient prendre place dans l'entourage familier.

« Ça aide quand même, parce qu'il y a un rapport humain avec une personne. On se sent moins seul. J'ai déjà essayé d'arrêter tout seul, ça l'a pas fait. Là, il y a le subutex, le produit et en même temps, l'appui... Oui moral (Julien). »

« Plusieurs fois, il m'a posé des questions... Même si je sais pertinemment qu'il me fait confiance, je voyais bien que ces questions étaient à double tranchant... Que c'était plus ou moins pour me tester mais ça prouve qu'au moins il s'intéresse à toi (Judith). »

« Ce qui m'a vachement aidée, c'est que je vois qu'il me considère en tant que personne. Dans les conversations, je vois qu'il me considère vraiment en tant que personne et pas simplement en tant que toxicomane. Et ça m'aide de voir que finalement même en sachant ça, il a une bonne idée de moi... Parce que je pense qu'il m'aime bien, qu'il m'estime... C'est l'impression qu'il te donne. Donc ça m'aide vachement à tenir (Armelle). »

En elles mêmes, les marques d'attention ou d'affection confèrent donc un pouvoir d'autorité à celui qui les dispense. Elles forgent une volonté qui incite l'individu à tenir face aux éventuelles sollicitations extérieures, à maîtriser ses « *envies de défonce* »[9]. La gentillesse est source d'un réconfort qui prend toute son ampleur dans une situation éprouvante et hautement confuse. La toxicomanie n'est pas forcément synonyme de précarité sociale ou de maladie mais elle s'accompagne toujours d'une indigence affective ou morale. Engagés dans un bouleversement de leur existence qui implique leur identité, les individus doivent soutenir simultanément la déliquescence de leurs repères passés et le sentiment de solitude qui ne manque pas d'accompagner une telle situation. En plus d'atténuer leur fragilité, les marques de considération aident les individus à sortir du sentiment de vacuité dans lequel ils peuvent avoir tendance à s'enfermer. Tout en leur signifiant l'importance de leur personne, l'attention d'autrui les éclaire quant à la conduite qu'il leur faut tenir. Les individus prennent appui sur des attentes qui matérialisent la finalité de leur démarche. Le soutien affectif donne pratiquement et subjectivement sens à l'entreprise individuelle. La sollicitude d'autrui vaut autorité et incite l'individu à la maîtrise de sa situation. Le simple désir de s'attirer cette sollicitude le mène parfois plus avant dans une attitude qui consiste à faire amende honorable afin que lui soit reconnu sa « bonne foi de sortant ». Empreint de culpabilité ou plus simplement soucieux d'écarter le rejet pressenti chez autrui, l'individu s'efforce d'adopter une conduite irréprochable. Il expose les preuves de sa transformation pour s'épargner le mépris ou gagner la reconnaissance d'autrui. Teintée de morale ou instrumentale, l'attitude ne requiert pas moins un contrôle de soi.

Le lieu

Dans la logique d'adhésion dépendante, la représentation du lieu est, elle aussi, affectivement connotée. Le protocole thérapeutique répond essentiellement aux attentes de restructuration ou réassurance personnelle. Ceci s'exprime dans un registre psychologique ou intime. Parfois, l'espace physique en lui-même remplit cette fonction de restructuration tant pratique que subjective puisqu'il est conçu comme un repère dans le temps et pour soi. Louis est attaché à sa venue au centre, à partir de laquelle il

[9] Précisons que cette relation n'est pas forcément synonyme d'une parfaite entente pas plus qu'elle n'évolue forcément vers une « fin » heureuse. Elle n'empêche ni les errements ni les déconvenues fréquentes dans les suivis. Pour se faire une idée du caractère chaotique, difficile mais néanmoins précieux de telles relations thérapeutiques voir Carpentier J., *Des toxicomanes et des médecins, un drame en trois actes et quarante sept tableaux*, Paris, L'Harmattant, 2000.

« *organise son emploi du temps*. » Eric dit que « *ça le règle : Ça me fait bouger tôt le matin, je prends un rythme. Ça me permet de manger le matin, le midi, le soir. Ça me règle et c'est bien parce qu'avant je n'en avais rien à foutre. »* Sofian ne voudrait pas « *qu'on le passe en ville. »* Il a *« besoin du centre »,* pour se sentir *« lié à quelque chose... Un fil. Ce n'est pas une corde, c'est un fil. »* D'autres estiment qu'il est bon que leur médecin maintienne un cadre strict. Le médecin de Charlotte lui a proposé d'espacer ses consultations. Elle n'a pas voulu.

> *« Au début, c'est imposé : tu y vas toutes les semaines. Très rapidement, il m'a dit : si tu veux, on se voit tous les quinze jours ou tous les mois. Et moi j'ai quand même continué à vouloir y aller toutes les semaines (Charlotte). »*

Si le lieu revêt cette fonction de repère, c'est aussi qu'il incarne la chaleur humaine reçue, ou abrite la présence du soignant référent. Dorothée se trouve *« rassurée de savoir qu'il y a des gens qui sont là et qui savent qu'on a des problèmes. »* Elle constate que « *son premier réflexe* » quand elle est « *paniquée* » par une difficulté rencontrée à l'extérieur est « *de téléphoner au centre, pour dire : excusez-moi je suis perdue. Ça fait un soutien. C'est ponctuel mais ils sont là*. » Sofian associe au centre la présence de son médecin qui n'est d'ailleurs « *pas un médecin* » mais plutôt « *un historien d'une âme, une sorte d'étalon* » ou encore*, « un des éléments d'un paysage concret, d'un univers solide »* dont il a *« besoin de savoir l'existence pour qu'il ne soit pas paumé. »* Enfin, pour les patients des centres méthadone, le lieu peut se faire refuge d'une sociabilité limitée entretenue avec les autres patients, ou même devenir un lieu de retrouvailles pour les amitiés nouvellement tissées. Pour Kalil c'est *« un endroit où on est entre nous. »* Laetitia quand à elle, y retrouve ses amies : « *j'ai deux ou trois copines ici. Donc, quand je viens, je passe un bon moment. Je vois des gens que j'aime bien, on discute, on rigole. »* Philippe reste au centre de longues heures après avoir pris sa méthadone pour « *discuter, voir du monde. »*

Un manque de détachement

Substance salvatrice, équipe compétente et personnalités chaleureuses, centre repère, ces perceptions sont associées à une démarche que nous avons qualifiée d'adhésion de la part de l'individu, parce qu'elle rend compte d'un attachement personnel aux constituants de l'expérience. Cet attachement est directement élaboré

depuis le souvenir des souffrances, le sentiment de fragilité ou d'isolement que l'individu a hérité de sa trajectoire dans la toxicomanie. Le positionnement induit une acceptation clairement consentie des dimensions *a priori* contraignantes ou tout simplement ignorées au départ, du protocole. La démarche individuelle oscille donc entre un assentiment actif ou passif à l'égard de l'ensemble du programme : soit l'individu a fait siennes les catégories soignantes, soit, sans les reprendre à son compte, il s'y conforme et ne les questionne pas. L'ampleur de sa reconnaissance envers « *tout ce qui l'a sauvé* » se constitue en un investissement fort du produit, d'une relation et d'un lieu « repère ». C'est le premier versant de la démarche individuelle, dont la face sombre s'exprime dans une forme de dépendance.

Par exemple, Hélène reconnaît que la méthadone « *a quand même un côté... Négatif. Ça anesthésie la vie, de la même façon que l'héroïne atténue les sentiments, les sensations. Ça fait pareil , ça atténue.* » Il y a un moment où il faut pouvoir *« s'en détacher* ». Mais cela reste actuellement « *un bien* » à ses yeux parce qu'elle ne saurait vivre « *à nue*. »

> « *Je ne supportais pas d'être écorchée vive. Il fallait que quelque chose me couve. Les opiacés font ça et c'est un bien parce que justement chez les gens hyper sensibles qui ne peuvent pas décrocher parce qu'ils sont complètement à vif, il est indispensable de leur donner de la substitution (*Hélène). »

Hélène se montre au fait de sa dépendance à l'égard de la méthadone, son besoin d'un tel produit la dérange, mais lui apparaît comme une nécessité par là même consentie.

Dorothée dort dehors et désespère de trouver un logement. Elle a sollicité l'aide du centre et souffre du fait « *qu'ils ne se démènent pas pour lui trouver une solution*. » Pourtant, elle refuse de « *leur jeter la pierre* » quand elle voit « *le peu de moyens financiers qu'ils ont.* » Elle pense que *« ce n'est pas de leur faute. »*

> *« C'est parce qu'on ne donne pas assez d'importance en ce moment aux produits de substitution alors que ce sont des produits qui peuvent nous sauver un peu. On vit un peu (Dorothée). »*

De même, Laetitia a parfois l'impression que ses problèmes n'intéressent pas les soignants : « *ils s'en foutent, ils t'écoutent mais c'est tout*. » Pourtant, elle ajoute un peu

plus loin que cela n'est pas de leur ressort qu'ils ne peuvent rien contre ses difficultés du moment. Matthieu, trouve que « *d'obliger les gens à avoir des urines négatives, c'est nul parce que ça t'oblige à tricher pour ne pas être viré*. » Pourtant, « *c'est sûrement la meilleure solution. Je ne suis pas d'accord mais ils ont sûrement raison*. » Sofian n'est pas toujours d'accord avec les règles de l'institution mais « *c'est vraiment peu de choses »* comparé à ce qui lui pose vraiment problème. Benoît est profondément déprimé : « *recommencer à zéro et se retrouver seul c'est dur*. » Il se dit que « *psychologiquement il aurait peut-être besoin de quelqu'un* » qui l'écoute. Il a essayé d'en parler au centre et a eu le sentiment qu'on ne prenait pas son problème au sérieux : « *on m'a dit que c'était passager, un petit coup de cafard . Ils ne sont pas du genre à jouer les mères poules*. » Benoît le regrette mais il estime que « *ce n'est pas leur rôle, qu'ils n'ont pas assez de temps* » ou encore que c'est à lui de surmonter son « *problème moral : ce n'est pas bien dramatique. »*

Sans se dire totalement comblé ou rétabli grâce au traitement, sans s'enfermer dans une valorisation sans ombre du produit, de la présence soignante, du lieu, l'individu ne saurait les appréhender négativement. Il y a là une manière de « sauver » les soignants ou le traitement dans leurs imperfections ou leurs erreurs. Et l'individu de s'attribuer l'entière responsabilité de ce qui lui apparaît comme les « *ratages* » ou manquements dans son évolution. Il ne s'agit pas ici de mesurer d'éventuels échecs de la prise en charge institutionnelle ou dans la capacité de compréhension et d'intervention des soignants. Nous voulons souligner comment, dans la logique d'adhésion dépendante, l'individu gère les attentes qu'il juge non satisfaites. Il s'agit d'une gestion par défaut. L'individu contient ses prétentions, ravale son insatisfaction et ne s'accorde pas le droit d'incriminer quelqu'un ou quelque chose d'autre que soi. Benoît, manifestement en attente d'une présence pour le soutenir, ne demande rien. : « *je ne veux pas les embêter*. » Dorothée aussi ne demande rien et dit que « *ça va, même si ça ne va pas*. » Elodie n'a pas de travail et « *rien à faire de ses journées*.» Mais tout cela est de sa faute *: « je me laisse vivre, je ne fais rien de mes journées c'est de ma faute(...) Ils ne peuvent pas m'aider. S'ils font ça pour tout le monde ils ne s'en sortent plus les pauvres*. » Il lui arrive « *d'avoir des problèmes* », de « *tomber dans la coke*. » Elle se dit alors qu'elle est « *faible»* que c'est encore une fois de sa faute. Sofian est dans une situation « *merdeuse au niveau financier* », il est couvert de dettes, son appartement est « *un vrai taudis* », il a « *perdu sa copine »,* il se sent « *seul, fragile et*

vide. » Pourtant, il estime que le centre ne peut pas l'aider pour tout ce qui lui « *tombe dessus*. »

> « *Je crois qu'à partir d'un moment, j'ai toutes les cartes en main et c'est à moi de les battre convenablement c'est tout(...)Tout ce que je peux prendre autour de moi je l'ai pris, je sais où c'est. Maintenant, c'est à moi de jongler avec tout ça, c'est la difficulté(...) J'ai besoin du centre à part entière pour qu'il continue à faire ce qu'il a déjà fait mais il ne peut pas faire plus que ce qu'il fait, c'est-à-dire « être là» (Sofian). »*

Sofian fait preuve de lucidité dans la prise en considération de ce qu'il considère comme des « *problèmes d'ex-tox* », c'est-à-dire, de réinsertion. Mais il reste une charge indéniablement trop lourde à porter pour une seule personne. S'il n'est peut être pas faux de penser que le centre ne peut pas l'aider, ne rien céder de sa responsabilité ne peut qu'accroître la lourdeur de sa tâche.

Par ailleurs, le lieu en tant que tel participe de la restructuration individuelle, mais il est dans le même temps conçu comme un « *espace toxique* ». Les contacts obligés avec les autres patients sont perçus comme néfastes à l'équilibre personnel : soit que « *les discussions de toxicos* » menacent directement l'individu de « *rechute* », soit que la vision des difficultés des autres avive sa fragilité. Certains, comme Thomas, craignent de parler avec les autres patients, « *parce que tout n'est pas noir bien sûr dans la came et il y aurait forcément un moment où on se rappellerait les bons souvenirs. »* De là à avoir envie de *« se faire une petite fête* », le pas est trop vite franchi. La vision des patients « *encore toxicos »* rappelle la proximité du parcours dans la toxicomanie. Le miroir peut jouer comme un repoussoir. Kalil se dit : « *merde ! J'étais comme ça !* » François s'énerve et « *ne supporte pas de les voir raconter des mensonges plus gros qu'eux. »* Cela dit, la présence des autres patients reste un frein au dégagement. Comment passer à autre chose quand on est toujours au contact de « *toxicos* », quand on entend toujours les mêmes histoires ? La vue des souffrances peut rassurer, mais elle est plus souvent écrasante.

> « *Ça me fatigue, toute cette misère morale, cette indigence intellectuelle, affective, cette misère. Je ne supporte plus. Ça me blesse profondément. Je ne suis pas très solide en ce moment et ça me casse le moral* (Sofian). »

***

Dans la logique d'adhésion dépendante, la transformation individuelle passe par la reconnaissance donnée à un produit « miraculeusement » efficace, par l'investissement d'une relation et d'un lieu sur le mode affectif. Le corollaire de cette adhésion personnalisée consiste en une forme de dépendance qui s'exprime dans une faible mise à distance du protocole thérapeutique. Pratiquement, l'individu s'en remet pleinement aux soignants : « *ils ont gagné ma confiance. Je les laisse entièrement gérer ma convalescence (...) C'est ma vie que j'ai mise entre leurs mains* (Thierry). » Subjectivement, l'individu est attaché au produit, au lieu, aux soignants et ne saurait s'éloigner de ce qui lui donne le sentiment « *d'exister un peu* », ni critiquer ce qui soulage « *un peu* » sa souffrance : « *ma vie n'a pas tellement changé, elle a peu changé, mais ce peu c'est énorme aussi (*Sofian). » Du coup, l'individu engage sa responsabilité, dénigre ses capacités, pour rendre compte de ce qui n'évolue pas ou qui n'a pas encore évolué. Parfois, cela le conduit à se définir comme « *un faible* ». En tous cas, il s'expose personnellement plutôt que de se délester du poids de ses difficultés en invoquant une responsabilité extérieure. Un clivage entre la force de résistance du sujet et le poids d'une identité sociale honnie apparaît ici dans toute son ampleur. La dévalorisation à laquelle se livre l'individu, la méfiance et la honte qu'il nourrit à son égard parlent pour le détachement qu'il souhaite opérer d'avec son identité sociale mais qui n'est pas encore réalisé. La conscience d'un écrasement de sa personne sous son identité de toxicomane manifeste la résistance du sujet. L'indignité du toxicomane écrase le sujet. Mais l'expression de cette indignité manifeste la permanence d'une subjectivité à l'intérieur de soi.

Les retentissements de cette logique individuelle sur le processus de sortie sont à l'ambivalence. L'affection présente dans la relation avec un ou plusieurs soignants participe d'une reconstruction de soi. Elle confirme l'individu dans ses qualités de personne aimable, estimable. Dans le même temps, cette affection est restituée en comportements de conformisation à des normes de conduite valorisées par les soignants et, partant, par l'ensemble de la société. Il y a là une intériorisation des mécanismes d'identification d'autrui. Cela affaiblit l'affirmation de soi. L'individu se place dans une définition de lui-même fondée sur des catégories qui lui sont extérieures. Par là, il se détache du stigmate, de son identité de toxicomane qui lui fait honte. Mais adhérer à

cette « identité pour autrui » c'est aussi ne pas se dire ou s'affirmer à l'aide de catégories personnelles. L'individu ne prend pas véritablement en charge la construction d'une nouvelle identité. Il endosse une identité de « personne fragile » définie de l'extérieur. Malgré tout, l'attitude individuelle est fonctionnelle pour la sortie de la toxicomanie dans la mesure où elle signifie que le sujet a retrouvé une certaine capacité à entrer en relation. Le processus de sortie de la toxicomanie passe en partie par cette reconnaissance d'une fragilité personnelle, première étape d'une mise à distance de la toxicomanie. En considérant son identité de toxicomane sous l'angle d'une fragilité personnelle, l'individu se donne les moyens de se protéger ou de lutter contre cette dimension de son identité. L'enjeu consistant toutefois à ne pas se laisser enfermer ou définir totalement sous l'angle de la fragilité. La relation établie avec autrui forge les bases d'un changement dans le regard que l'individu porte sur lui-même. Ce changement est déterminant pour prendre de la distance par rapport à l'identité sociale de toxicomane. Mais la reconstruction de soi peut être entravée par l'adoption sans condition des catégories d'identification d'autrui. Ne pas affirmer un « je » défini par soi-même fait obstacle à la reconstruction subjective c'est-à-dire aussi à l'entrée dans des relations véritablement intersubjectives.

II.3) La soumission révoltée

Le comportement de l'individu en traitement suit un troisième type de logique, marquée par le sentiment d'une aliénation brute, dont le corollaire est la mise en cause d'une domination globale : la soumission révoltée. Le traitement de substitution dans son entier est d'abord synonyme d'une impossible autonomie individuelle. En soi, chaque constituant de l'expérience, produit de substitution, présence soignante, lieu, est synonyme d'une aliénation. Le produit de substitution est réduit à « *cette came qui accroche* », la présence soignante est toute entière identifiée à sa dimension d'un statut de pouvoir, et le lieu constitue ce « *cadre* » au sein duquel « *on est parqué* ».

Le produit

Le produit de substitution n'est ici rien moins que le marqueur de la dépendance individuelle. Il est ce dont on a besoin pour vivre. Sofian regarde parfois longuement son flacon avant de l'avaler. Bernard s'insurge, on lui a « *coupé les ailes* » et Matthieu *« trouve ça dégueulasse* ! » Cette perception n'empêche pas les individus de reconnaître

l'efficacité du produit. Au contraire, ils la mettent en avant mais, dans le même temps, ils critiquent violemment le produit de substitution. Une telle antinomie dans le positionnement peut surprendre, surtout chez ceux qui ont fait de la consommation de drogues un mode de vie. Elle a pourtant un sens fort, celui d'une insupportable mise à nue de la dépendance. En effet, et c'est là une différence essentielle par rapport à la dépendance subie jusque là : il n'est rien, aux yeux de l'individu, qui puisse donner de la consistance au besoin ressenti de produit de substitution. Il n'y a pas de plaisir physique et aucune construction mentale ne saurait positiver la réalité de la dépendance. Il ne reste que la dimension du besoin d'un produit avec tout ce que cela signifie de faiblesse aliénée dans le regard que chacun porte sur soi.

> *« Je ne savais pas que c'était mettre une croix définitive sur le plaisir. Parfois je me dis : si j'avais su vraiment ce que c'était est-ce que je me serais lancé là-dedans ? Je me pose la question (Loïc). »*
>
> *« Là tu prends conscience de la réalité des choses c'est-à-dire ton aliénation au produit. Tu ne peux plus te dire que la consommation est liée à la volonté de vivre de manière marginale puisque c'est totalement instauré dans le système et même c'est le système qui te le donne (Jacques). »*

L'aliénation est une conséquence de la trajectoire dans la toxicomanie puisque « *on ne s'en sort pas comme ça* ». « *On* » a dit à Houari qu'il fallait compter au moins autant de temps de traitement que le temps de la toxicomanie. Les soignants ont dit à Baptiste qu'au regard de « *toutes les années de came qu'il a derrière lui »*, il ne pouvait pas « *arrêter comme ça. »* Cette aliénation, ou sentiment d'aliénation, est en outre renforcée par la dépendance à la méthadone ou au subutex : « *c'est un truc, ça accroche c'est phénoménal. »* Le manque d'héroïne passe « *en quelques jours* », la méthadone « *c'est beaucoup plus long*. » Eric n'exprime pas ici un simple sentiment de dépendance. La pharmacodépendance est réelle puisque la méthadone et le subutex sont des opiacés de synthèse[10]. Du coup, certains se lèvent contre ce qui résulte à leurs yeux d'une domination plus large, tacite mais non moins aliénante.

[10] On appelle opiacé les alcaloïdes de l'opium (soit les composants naturels extraits de l'opium) et les produits dérivés de la morphine, qui est le principal alcaloïde de l'opium.

« Ce n'est pas comme de la came mais en fait c'est de la came et en plus de ça... Comment dire, c'est comme si tu avais une chaîne autour du coup : tiens, voilà ta came. Reste tranquille maintenant. Si tu fais une connerie tu n'auras plus de came (Kalil). »

« Je ne suis pas fier de prendre de la méthadone. J'ai toujours été dégoûté par ça de tout manière. C'est comme le RMI. Ok c'est bien, c'est là, je les ai. Mais ça me fait chier. Ça m'empêche de vivre ma vie normalement. Parce que le RMI ça te bouffe quelqu'un, ça le tient en laisse. Il ne fait pas le con sinon il sait qu'il n'aura pas son RMI. Et la méthadone c'est un peu le même truc, on te tient en laisse : t'es sage tu as ta méthadone, t'es pas sage on va te la retirer (Matthieu). »

L'objet d'incrimination de Kalil ou de Matthieu est ici indifférencié. Il s'agit de la société ou des soignants en général, de tous ceux qui ont du pouvoir. Seule une explosion de violence verbale ou de rage est à la mesure de leur sentiment d'aliénation. C'est que le traitement ne serait qu'un instrument de contrôle social.

La présence soignante

La colère des individus est reproduite à l'égard de la présence soignante, ici perçue sous l'angle de son statut. Celle-ci est synonyme d'un pouvoir sur soi et marque une différence radicale entre les individus et leurs soignants. Ni proches ni compétents, les soignants représentent d'abord ceux qui disposent du pouvoir de prescription. Les individus se voient sous leur emprise pour l'obtention du produit dont ils ont besoin. Ils réagissent violemment à cette dépendance forcée.

« T'es pas sage si tu arrives défoncé ici, si tu as des analyses positives. On s'en fout qu'on te les ait truquées ou pas. Il faut que tu aies des analyses négatives, sinon on te tire les oreilles. Je trouve ça dégueulasse, vraiment pourri (Matthieu). »

Baptiste a le sentiment que les soignants *« le tiennent avec ça. »* Jamais il n'aurait imaginé devoir prendre de la méthadone des années durant, encore moins dans le cadre d'une institution. Il aurait *« aimé progressivement arriver à un point zéro de sorte d'être complètement libre. »* S'il se résigne à retarder le moment du sevrage, il ne saurait « *supporter* » plus avant de dépendre de l'équipe pour « *avoir son produit* ». Sa

présence dans le centre lui apparaît forcée, sa soumission a dès lors des accents de révolte.

> *« Je veux partir, je veux être en ville, je veux absolument partir. Ils sont sympas tout ce que vous voulez, mais moi je n'ai plus rien à faire ici(...)Je leur ai demandé de passer en ville : on va en parler, on va en parler, on va en parler. Mais si la semaine prochaine on en parle pas, là, je vais taper du poing sur la table. Et je vous assure que quand je tape du poing sur la table je tape très dur (...) J'ai vu des garçons qui sont arrivés après moi et qui sont déjà partis, et moi je n'ai jamais été positif et on ne me met pas en ville ! ça ne ressemble à rien ! (Baptiste) »*

La prescription constitue le fondement essentiel du pouvoir des soignants. Leur capacité de persuasion est aussi interprétée en termes de pouvoir exercé sur soi. Eric explique *« qu'ils arrivent à le convaincre de rester à 40 mg »* alors que cette posologie ne lui convient pas.

> *« Là ils sont contents de moi avec mes 40 mg. Ils me voient, j'ai meilleure mine et tout. Donc si je commence à leur dire : j'aimerais bien avoir plus. Tout de suite c'est : non Eric arrête. Ils savent bien te remettre en place. Ils disent : mais non tu es en forme. Ils disent pleins de trucs comme ça et quand tu ressors du bureau tu réalises que tu en as oublié ce que tu voulais dire. Donc tu te dis : bon. Je leur dirai demain (Eric). »*

L'attitude des soignants déstabilise Eric. Ils ont « *le pouvoir* » de lui faire perdre de vue son appréciation de la situation. Leur réaction est aussi synonyme d'un manque de confiance. « *Ils* » ne veulent pas le croire. Contrairement aux deux autres logiques de l'expérience du traitement, les individus incriminent ici le manque de confiance des soignants dicté par le mépris de « *toxicos* » dont la parole n'est de toute façon qu'irrecevable et douteuse. Le contrôle médical n'a donc rien d'une perspicacité attendue comme dans la logique d'adhésion, ou comprise comme dans la logique d'utilisation. Il n'est ni accès privilégié à une personne qu'il faut aider à lutter contre elle-même, ni clairvoyance quant aux dérives possibles d'un toxicomane toujours susceptible de déraper. La grogne est ici conviction que les soignants ne savent se poser qu'en censeurs. Leur attitude ramène l'individu au refus de considération de sa personne, au dédain qui sied à un « *sale toxico* ».

En plus de fonder leur pouvoir de contrainte, le statut et les dispositions supposées des soignants délimitent l'espace de leur différence. Ils marquent une distance indépassable entre personnel soignant et patients. Dans la logique de soumission, l'individu ne reconnaît pas aux soignants la capacité d'intervenir sur ses difficultés. C'est là le contenu de la distance entre « *lui* » et « *eux* ». Son jugement est sans appel face à ceux qui le *« tiennent »* sans le comprendre, parce qu'ils ne cherchent pas à le comprendre ou ne le peuvent pas. Dès lors, son comportement oscille entre des accès de violence et un retrait empreint d'amertume. Contrairement à la logique d'utilisation critique, les individus n'élaborent ici aucune stratégie leur permettant un relatif détachement face aux exigences soignantes. Ils battent en retraite ou fulminent mais ne font rien de ces explosions de rage.

Loïc est hors de lui. Son amie est *« enfermée dans un hôpital prison »* et son psychiatre lui reproche un surcroît de sensibilité.

> *« C'est vrai que j'ai un manque d'énergie en ce moment qui est du au fait que Carine n'est plus là. Je ne sais même pas quand est-ce qu'ils vont la laisser sortir et c'est en train de nous ronger(...)Je sais qu'à terme le fait qu'elle soit hospitalisée comme ça, c'est une menace pour mon équilibre. Mais quand je parle de ça avec mon psychiatre elle me dit : vous ne vous mettez pas en acteur de cette situation ! (...)J'ai l'impression qu'elle me reproche de trop vivre avec les incidences que peut avoir sur moi l'hospitalisation de Carine. Elle dit que je me laisse aller, mais à part me dire ça, elle ne me propose aucune ouverture ! Ce que je lui ai dit presque mot à mot, c'est que, bien sûr que j'étais l'acteur principal de ma vie mais que ma vie n'était pas un one-man-show et que j'attendais qu'on me donne la réplique. Puisqu'elle veut parler en termes théâtreux, je lui réponds en termes théâtreux... Peut-être qu'elle ne vit que pour sa gueule, elle, pas moi ! (Loïc) »*

La violence de Loïc est ici à l'image de son sentiment de d'impuissance. Son amie, patiente du centre, a été hospitalisée sur décision des soignants. Ceux-ci lui paraissent complètement décalés par rapport à son appréciation de la situation. Ce décalage n'est pas même le signe d'une mauvaise volonté, il marque une indifférence insupportable. A ses yeux, « *tout le monde s'en fout »* de lui comme de son amie. Les soignants se désintéressent des conditions de séjour de Carine et son psychiatre balaye

sans plus d'attention la signification qu'il donne à leur situation. Du coup, sa colère est à la mesure de l'absence de considération dont il estime faire l'objet.

« Être » un objet de l'investigation soignante

L'absence de compétence n'est parfois pas aussi radicalement pointée, mais l'individu souligne combien les soignants sont incapables de rentrer dans ce qu'il considère comme lui étant bénéfique. En plus de révéler combien le savoir individuel est balayé par les soignants, certains ont le sentiment que ceux-ci vont au plus simple voire au plus facile avec eux. Ainsi de Marine qui s'est finalement opposée à la proposition insistante d'une hospitalisation quand elle a réalisé qu'elle allait « *se ré-enfoncer, re-rentrer dans un système dans lequel elle ne voulait plus du tout rentrer.* » Pourtant, jusque là, Marine associait l'hôpital à « *un moyen de s'extraire un peu de ses soucis, de se mettre dans un cocon.* » Mais elle savait que « *ce n'était pas du tout la chose à faire.*» Son médecin voulait « *la mettre sous lithium* » sans lui dire qu'une fois débuté, ce traitement, « *on n'en a jamais fini.* »

> *« Tu te rends compte ! Elle, c'était carrément : vous rentrez à l'hôpital pour mettre en place ce traitement au lithium ! J'ai eu très peur quand j'ai su ce que c'était. Je ne voulais plus du tout retomber dans un fonctionnement comme ça(Marine). »*

Marine et Laetitia partagent le même sentiment. Elles se font l'effet de « *cobayes* » ou de *« cas d'école entre les mains* » des soignants. Le regard est sévère. Il pointe une partialité des soignants. Ceux-ci n'agiraient qu'en fonction de « leur » point de vue ou de « leurs » intérêts. Laetitia a *« l'impression d'être étudiée dans un but précis. »* L'impression que son psychiatre a « *besoin de savoir leurs parcours, leurs machins. »* L'impression qu'elle leur parle toujours « *en vue d'une analyse, d'une étude. Comme si elle écrivait un bouquin et donc jamais en fonction de soi. »* Laetitia ne se sent pas « *écoutée* », elle ne souhaite d'ailleurs pas parler d'elle mais continue de répondre aux questions par crainte d'une sanction. Elle se rend aux entretiens parce que « *ça fait partie du truc »* mais surtout parce qu'elle est *« sûre »* que ça lui porterait préjudice : « *j'ai vu une copine se faire virer : « oui on ne peut plus rien faire avec vous » . Ils ont tout pouvoir, s'ils veulent te virer, ils te virent. »* Que l'appréhension de Laetitia soit fondée ou non, il reste qu'elle modèle son regard et conditionne son attitude par rapport à la présence soignante. Pierre et Marine ont trouvé la batterie de tests

passés à l'entrée en traitement très lourde et manifestement indépendante de leurs besoins ou attentes. Certaines questions leur sont apparues saugrenues et étrangères à celles qu'ils se posaient. Tout cela n'avait « *rien à voir* » avec leur besoin. « *La preuve* », ils n'ont jamais eu accès aux résultats de ces tests, ce qui attise leur colère et leur sentiment d'être sous l'emprise des soignants. Matthieu adopte une posture de retrait face au désintérêt constaté des soignants pour ses difficultés sociales. Il ne leur en parle pas mais s'insurge dans son coin, tout comme Dorothée.

> *« Je n'ai pas de toit, pas de tunes, je dépends d'eux pour bouffer. Ça a toujours été mon problème ça. Mais de toute manière ils sont durs là-dessus. Ils ont des appartements thérapeutiques mais c'est : tu auras un appartement thérapeutique quand tu auras des fiches de paye. Tu te démerdes, en fait, c'est ça que ça veut dire. Ils n'en ont rien à foutre. Eux c'est la méthadone et puis voilà. Ils t'écoutent, ils veulent bien te parler, mais ça s'arrête là (Matthieu). »*
>
> *« Quand je vois Noémie qui vient de perdre son mari d'overdose qu'est-ce qu'elle a comme soutien ! Est-ce qu'ils sont là ! Elle vient d'accoucher d'un petit bébé en plus et ils la laissent dans le même hôtel où il est mort ! Ils pourraient débloquer 200 balles pour lui payer une chambre ailleurs quand même non ? ! (Dorothée). »*

La critique des individus est radicale, elle se fait incrimination. Les individus n'ont pas seulement le sentiment d'être incompris ou utilisés, mais strictement stigmatisés, ramenés dans une position qui ne leur donne pas voix au chapitre. Laetitia a été « *soupçonnée de vendre sa méthadone.* » Elle aurait « *bondi* » sur son psychiatre quand elle lui a dit ça. Ça l'a fait « *sortir de ses gonds : Ça, ça me !! Mais ce n'est pas la peine de toute façon « ils ont raison» ! C'est ça : « on a raison, on est là, on a raison. Vous n'êtes que des tox de toute manière ». C'est ça, on n'est que ça.* » Kalil aussi pense avoir été « *accusé* » injustement.

> « *Mais je lui ai expliqué ! Je me suis même emporté, je lui ai dit : de toute façon toi, tu n'es qu'une enculée. Tu es comme la justice, présumé coupable ou innocent pour toi c'est toujours coupable, pour toi je suis coupable, moi je ne parle pas aux enculés ! (Kalil) »*

Les intentions supposées des soignants traduisent ici une absence totale de confiance qui renforce la volonté individuelle de défendre résolument son quant à soi.

Les individus craignent aussi d'être trahis. Comment ne pas se méfier quand ceux qui questionnent se montrent si opportunistes et dédaigneux ? Les soignants ne vont-ils pas user d'informations personnelles contre les intérêts du patient dans les réunions d'équipe[11] ? Comment ne pas redouter de parler, alors que l'indifférence qui préside au regard des soignants les empêchent de se placer du point de vue individuel, de faire preuve d'une relative compréhension ?

Les soignants se montreraient dans l'incapacité de considérer voire même comprendre la délicate transition dans laquelle l'individu est installé. Transition qui le mène parfois à déroger aux règles. En retour, il se voit immanquablement sanctionné, ce qui ne fait qu'accroître le manque de considération dont il estime faire l'objet, et, partant, sa capacité à gérer au mieux le travail d'articulation à mener entre la rue et le traitement (Hunt, G., Rosenbaum, M., 1998). L'interdiction de toute consommation de produit dans l'enceinte du centre est inébranlable et ne suscite aucune récrimination de la part des patients. Le maintien de consommations attesté dans les urines au début du traitement est considéré comme normal par les soignants qui s'emploient alors à rassurer le patient. Sauf que la persistance d'urines positives aux opiacés ou autres psychotropes est plus ou moins rapidement considérée comme pathologique, inacceptable et donc souvent sanctionnée. Nombre de patients s'insurgent. Jamais contre cette règle du protocole mais parce que l'appréciation du temps au delà duquel le maintien de consommation de drogues devient pathologique ne correspond pas à leur propre appréciation du problème. A leurs yeux, une difficulté à arrêter de consommer n'est jamais synonyme d'un échec du traitement ou d'une mauvaise volonté. Ils redoutent plus que tout d'en « *faire les frais »* par retour à une délivrance quotidienne ou par une expulsion du traitement. De tels décalages dans l'appréciation des situations individuelles entretiennent les « révoltés » dans un positionnement *« nous/eux* » peu propice à l'entrée en relation.

La rage

L'impression d'être un cobaye n'est pas qu'affaire de sentiment. C'est une réaction aux manquements de la prise en charge, aux limites des soignants qui sont d'autant plus dénoncés que le besoin d'aide domine la vision de soi. Un besoin non pas tourné en demande comme dans la logique d'adhésion mais perçu comme une

[11] Cette crainte est rapportée par les patients de l'étude de Hunt et Rosenbaum.

incapacité humiliante. La honte préside au regard que l'individu porte sur lui et cette charge est projetée sur la volonté d'humiliation issue des soignants ou de tous ces « autres ». L'intégralité de l'attitude des soignants est ramenée au sentiment de n'être qu'un « *tox* ». La consommation de produit serait « *la seule chose qui les intéresse* » alors qu'ils « *prétendent faire un accompagnement* » (Dorothée). Leur « *accompagnement* » se résume au contrôle des consommations de drogues et d'éventuels trafics de produits de substitution. Les soignants auraient beau mettre en avant l'intérêt de l'accompagnement psychologique et social, ce n'est que « *du vent* » : « *le reste, tu parles pour parler, mais ils ne sont un soutien pour rien d'autre ! (Dorothée)* »

Plus profondément, la violence ici exprimée met en cause un conditionnement pressenti dans le regard soignant. L'individu se voit ramené à sa toxicomanie de deux points de vue. Si les soignants doutent de lui c'est parce qu'il est toxicomane ou malade. Si leur soutien est limité c'est parce qu'il n'est plus assez toxicomane, ou pas assez malade.

> *« Si tu lui dis que tu n'as pas bien dormi la veille, que ça ne va pas trop, la première question qu'elle te pose c'est : vous voulez être augmenté ? Elle ne va pas chercher à discuter pour savoir pourquoi ni rien. Elle n'a qu'une réponse médicamenteuse (Loïc). »*
>
> *« Le problème c'est qu'a priori ils ne te croient pas. Comme tu es un tox, de toutes façons, tu es un menteur. Ils ne te le disent pas comme ça, mais ils te surveillent et ils doutent. Ils parlent de confiance et ils te surveillent quand tu pisses ! (Jacques) »*
>
> *« Je me dis qu'ils n'ont pas assez de temps pour s'occuper de m'aider à trouver un logement. Je préfère penser en tout cas qu'ils n'ont pas assez de temps. Peut-être que je ne suis pas assez malade à leurs yeux ! (Dorothée) »*

Si acerbe soit-elle, la critique provient d'un élément concret de la relation avec les soignants. La posture de l'individu est au rejet, à l'incrimination. Mais sa colère est fondée sur une attitude jugée déplacée, sur une intervention attendue et qui n'est pas venue. Par là, les soignants se font miroir ou entretien de la dominance de l'identité de toxicomane dans la vision de soi. Si l'on ne s'occupe pas d'eux, si leurs attentes ou leurs sentiments sont ignorés, c'est parce que les toxicomanes ne méritent pas d'attention. Parfois, l'individu sait nuancer son jugement et reconnaître qu'une aide lui

a été apportée. Baptiste est réfractaire à toute forme de soutien. Il ne veut rien, ne demande rien, ne parle de rien. Ce n'est « *même pas* » parce que les soignants ne pourraient pas l'aider *: « ça ne va même pas jusque là. Je ne calcule pas, j'en ai rien à foutre. Je suis ici pour ma méthadone. Je ne leur parle pas. Ils ont enfin compris que je n'ai rien à leur dire. »* Baptiste « *ne veut pas avoir de merci à dire. »* Alors il se « *débrouille tout seul*. » Dans le même temps, il ajoute que l'assistante sociale « *a fait ce qu'elle a pu* » pour lui et qu'une infirmière *« de temps en temps, par gentillesse, lui prête un peu d'argent. »* Dorothée s'insurge contre le manque de prise en considération de ses difficultés : *« Tu te démerdes. C'est ce que je ressens. Ou alors : on n'a pas le temps. Ils m'écoutent deux secondes et c'est fini. Je leur en veux. »* Pourtant, elle ajoute simultanément *: « peut-être qu'ils ne demandent qu'à m'aider et que je ne comprends pas, je ne sais pas. »*

Bien mince, cette reconnaissance du soutien des soignants emprunte à la logique d'adhésion dépendante. Cela dit, le retentissement de cet engagement dans une relation ou dans le rapport à soi n'est pas du tout du même ordre, pas plus qu'il ne participe à la réassurance de l'individu quant à ses qualités personnelles. Ici, l'individu ramène le soutien des soignants à une telle faiblesse personnelle qu'il paraît commandé par des sentiments de pitié. Les soignants dont parle Dorothée, ne peuvent « *peut-être pas* » répondre à ses aspirations. Le ton adopté donne à penser qu'elle estime sa situation bien trop problématique pour être améliorée. L'infirmière évoquée par Baptiste s'est montrée « *gentille* ». Comme si rien ne pouvait être fait pour l'aider à se rétablir et qu'autrui ne pouvait manifester qu'une faible compassion. La reconnaissance d'une qualité que l'un comme l'autre attribuent aux soignants, atténue la violence dominante dans la soumission révoltée. Mais ce type de reconnaissance met aussi en relief une image de soi à ce point dégradée que tout estime en est absente. L'individu se dit victime de ce qu'il considère comme des exactions portant atteinte à sa personne de la part des soignants. Mais il ne se vit pas comme une victime. Plus de dignité qui tienne dans le rapport à soi. Reste la pitié, le sentiment que « *l'on n'est qu'un tox* ». L'individu ne passe pas de la violence verbale au conflit ouvert parce que le manque de considération pointée exprime l'absence d'estime et de respect qu'il a pour lui-même.

La vision que l'individu a de lui-même et ses accès de violence verbale manifestent l'un des obstacles du processus de sortie de la toxicomanie. L'individu a perdu toute dignité. Le sentiment de domination est vivace et renvoie à une partie de sa

situation vécue. Le sujet reste écrasé par l'individu toxicomane. La violence verbale, la rage est aussi celle que l'individu éprouve à l'égard de cette identité sociale qui continue de l'écraser. L'autre c'est aussi le toxicomane à l'intérieur de soi. Le ressentiment ne peut donc pas s'extérioriser en lutte contre un « autre » .

Une sympathie relative a sa place dans le rapport aux soignants. Mais elle reste infime. La relation ne répond pas aux attentes de reconnaissance personnelle. En conséquence, toute nuance est parfois balayée du propos et l'individu se laisse aller à une explosion de rage. C'est que plus rien ne saurait être sauvé dans ce qui a été fait pour lui, tant son écrasement lui apparaît comme l'expression directe d'une domination sans visage. Il n'est pas d'interlocuteur ou de fondement précis donnés à son explosion. La rage ne s'embarrasse pas de détails, elle ne se mesure pas à l'aune d'un préjudice particulier. Elle n'a de sens que de sentiment d'être dominé et rejeté[12].

> *« Quand j'entends le docteur dire que la vie est belle j'ai envie de lui éclater la tronche. J'ai envie de lui dire : mais tu te fous de nous ! C'est à nous que tu dis ça ! Ça va bien parce que toi tu es médecin, tu as de l'argent tu as un logement, tu n'es pas sous avis d'expulsion ! C'est vrai que la vie est belle pour toi, la vie est très belle ! (Dorothée) »*
>
> *« Je me méfie parce que je sais qu'un jour ils m'ont laissé en rade. D'accord j'étais arrivé en retard. Mais si tu arrives en retard, c'est que tu as forcément eu une galère. Parce que ce rendez-vous là, c'est pour ton traitement, c'est important, tu en as besoin de ce traitement. Alors qu'ils te disent : c'est trop tard tu reviens demain. Alors que tu es en manque ! Ils ne doivent pas te laisser malade tu casses tout sinon(...) J'avais la rage. Je ne sais même pas si ce n'est pas fait exprès ! De toute façon je ne veux même pas comprendre ! La seule chose que je sais c'est qu'ils m'ont laissé malade !(Eric) »*

Le lieu

Dans la logique de soumission révoltée, la critique radicale et le sentiment d'aliénation sont également reportés sur le lieu. L'individu se montre parfaitement réfractaire à sa présence dans ce qui n'est qu'un « *cadre »* écrasant, un lieu de passage obligé pour l'obtention du produit de substitution. La délivrance y est réglementée. Pour

[12] La rage ici mentionnée se laisse analyser comme celle décrite par F. Dubet à propos des « jeunes en survie » : « alors tout est combattu de façon absolue, rien ne peut être sauvé ni même discuté, il faut simplement que la rage se développe et s'exprime, joue à détruire un monde qui semble alors détesté, qui serait le mal s'il existait une image du bien ». In *La galère, jeunes en survie*, Fayard, Essai, 1987.

les patients des centres méthadone, ce « *passage obligé* » paraît autrement préjudiciable que les consultations chez un médecin de ville. Là, le lieu ne rend pas visible la toxicomanie individuelle alors que la venue dans un centre méthadone entretient la visibilité du stigmate. Kalil discutait beaucoup avec les gens du quartier. Il était « *vachement content* » parce que ceux-ci croyaient qu'il était éducateur. Maintenant, il ne leur parle plus parce qu'une infirmière du centre lui a « *grillé le coup* » en « *révélant* » qu'il était patient du centre.

« *Pourquoi elle a fait ça ! Là, ils m'ont collé une étiquette dure à porter. Moi je préférais celle d'éducateur. Elle est plus belle* (Kalil). »

La décision de l'espacement des consultations est rarement négociée. Elle dépend de l'appréciation des soignants. Les individus considèrent cette règle de fonctionnement comme une atteinte à leur liberté. Pendant plusieurs semaines ou mois, l'individu doit se rendre quotidiennement ou plusieurs fois par semaine dans le lieu. Baptiste qui a passé sa vie à voyager se voit « *assigné à résidence*. »

« *On est vraiment assujetti au centre. Ils vont nous filer quinze jours de vacances et encore, une semaine dix jours maximum. Mais quinze jours, un mois ce n'est pas possible. Il n'y a pas de liberté dans ce truc. Si je veux partir à l'étranger je ne peux pas. Combien de temps ça va durer ? Je vais être assujetti à vie alors ?* (Baptiste) »

La perception du lieu comme « *espace de distribution contrôlée* » donne à certains le sentiment d'être « *traités comme des enfants*[13] ». La limitation de la liberté de mouvement est plus largement vécue comme une atteinte à l'estime de soi. Aux yeux de l'individu, le cadre imposé par les soignants signifie une inaptitude à l'autonomie ou bien un refus de le laisser vivre sans plus de contrôle.

***

Dans la logique de soumission révoltée, l'individu trouve un produit qui apaise ses souffrances au prix d'une dépendance autrement plus écrasante, une présence soignante non voulue qui marque un pouvoir exercé sur soi, et un lieu de passage obligé qui étend l'impression d'assujettissement individuel. L'individu use du produit sans se départir du sentiment que son relatif mieux être est « *chèrement payé* ». Il consent de mauvaise grâce aux sollicitations des soignants et aux règles du protocole. A ses yeux,

[13] C'est aussi l'une des plainte rapportée par la majorité des patients de l'étude de Hunt et Rosenbaum.

ce ne sont là que les moyens d'une domination insupportable. L'amertume, l'incrimination ou le rejet portés par ses propos sont à l'image du mépris ou du manque de considération dont il estime faire l'objet. Cette logique de l'expérience exprime la faible marge de manœuvre ressentie dans le cadre du traitement. Les individus sont inscrits dans une dépendance que l'on retrouve dans les deux autres logiques d'action. Mais cette dépendance n'est ici synonyme d'aucun « bénéfice » personnel. Dans la logique d'adhésion, l'individu s'accroche fortement aux soignants. Il est sensible à la bienveillance dispensée qui restaure son sentiment d'une consistance personnelle. Dans la logique de soumission, la dépendance est « brute », extérieure à toute relation. Les soignants ne sont pas personnifiés et leurs compétences s'effacent devant l'indifférence qui les anime face à des « *toxicos* ». Les individus s'insurgent. Cela pourrait être conçu comme une manière de « casser » la dépendance. En effet la critique est ici plus radicale que celle qui est présente dans la logique d'utilisation. L'individu ne cherche pas à « manigancer », à jouer entre les règles. Il s'oppose frontalement au pouvoir des soignants. Pourtant, la violence exprimée ne se transforme pas en conduite de révolte. La dépendance demeure. Les individus se sentent soumis, corollaire d'une image de soi qui ne laisse que trop peu de place au sentiment « *d'être quelqu'un* ». Ils ne parviennent pas à s'affranchir de ce qui les met hors d'eux. Il n'empêche. Il faut prendre la rage qu'ils expriment au sérieux. Elle a valeur de refus sans condition. C'est le signe d'une affirmation, certes faible, contre une domination. Les explosions de violence verbales ne permettent pas de s'affranchir de la dépendance mais elles constituent un robuste rejet face à un processus de discrimination qui est aussi objectivation de soi. De ce point de vue, peu importe que la rage n'apporte pas d'autres fruits, elle exprime la défense d'une dignité si minime soit-elle.

« *Il n'y a rien de pire qu'un toxicomane repenti* (Baptiste). »

Conclusion

L'expérience individuelle du traitement met en lumière les types de compétences et les faiblesses parties prenantes du travail mené par l'individu. Tout au long du traitement, il s'établit un subtil alliage ou jeu d'influence entre l'hétéro-contrôle que figure le traitement et les contrôles personnels ou autocontrôles mis en œuvre par l'individu. L'évolution individuelle en traitement n'est pas de l'ordre d'une prise en charge au sens fort, l'individu est acteur de son évolution à partir de ressources et logiques personnelles. Le type de contrôle que figurent le traitement et les soignants forme un puissant support de l'expérience de sortie de la toxicomanie, par le contenu du traitement et les interventions des soignants il va sans dire, mais aussi parce qu'il offre aux individus un espace d'autonomie. Pratiquement, la conduite individuelle se laisse éclairer par la mise en œuvre d'une rationalité propre, guidée par les enseignements du parcours passé. L'individu demeure acteur de son traitement, il use de références acquises au cours de sa trajectoire pour apprécier, critiquer, ou réprouver les constituants du traitement. Autrement dit, « l'ancien, maîtrise, informe et oriente le nouveau » (Castel *et al.*, 1992). De plus, personnaliser les relations nouées avec les soignants, opérer des choix dans l'offre de soins ou donner un sens propre au contenu du traitement, constituent autant de pratiques permettant à l'individu de s'avancer comme sujet. A constater la rareté des études menées sur les expériences des patients, on peut penser que la participation des contrôles individuels dans le processus de sortie de la toxicomanie est largement ignorée. Pourtant, ce processus de sortie ne tient pas seulement à l'action externe du traitement, il compte aussi avec l'activité propre menée par les individus.

Parmi les ressources individuelles, les plus « rentables » en termes de changements sont celles acquises tout au long de la toxicomanie. Celles que l'on retrouve dans la logique d'utilisation dégagée. Ceci parce que le « sens pratique » acquis à l'égard du personnel soignant notamment, permet à l'individu une utilisation optimale du traitement. Une autre ressource influence positivement l'évolution en traitement. Il s'agit du désir de sortie lié à une impulsion personnelle et dont on trouve la plus vive expression dans la logique d'adhésion dépendante. C'est sans doute dans cette logique que s'exprime le plus clairement la crise personnelle qui a impulsé le renoncement aux drogues et la sollicitation du traitement. Cela dit, cette crise personnelle est dans le même temps synonyme d'une faiblesse ou fragilité de l'individu.

Celui-ci désire une reconnaissance de sa personne qui viendrait atténuer son sentiment d'indignité. Il est en partie satisfait par l'affection qu'il cherche et puise dans les relations nouées avec le personnel soignant. Mais la sollicitude est limitée par l'impersonnalité des échanges. En conséquence, la fragilité personnelle se maintient. Elle devient écrasement qui se manifeste par la dépendance à la relation et par le sentiment de domination. L'individu est capable de contester ce qui lui apparaît comme un pouvoir exercé sur soi. Mais cette aptitude ne s'accompagne pas d'une authentique révolte ou entrée en conflit. Reste la soumission qui est synonyme d'une difficulté à se rendre pleinement acteur de son évolution.

L'expérience du traitement met en lumière les faiblesses héritées de la trajectoire dans la toxicomanie. Mais les individus sont aussi dotés de ressources parties prenantes du travail de sortie. Ils ne sont pas totalement déterminés par le cadre soignant. La pluralité des logiques d'actions individuelles signale la relative indépendance maintenue à l'égard de ce cadre. On peut toutefois se demander si c'est le contexte de soin qui explique la variabilité de l'expérience individuelle. Par ailleurs, la nature du traitement n'est pas identique d'un centre à un autre, d'un médecin généraliste à un autre. Est-ce que les comportements individuels se distribuent en fonction de ces contextes particuliers ? C'est ce que nous nous proposons d'envisager à présent.

Chapitre V

LES CONTEXTES DE SOINS

Introduction

Les traitements de substitution à la méthadone ont été expérimentés en France dans un cadre relativement confidentiel au début des années 1970[1]. Ils ont été intégrés aux interventions menées auprès des toxicomanes quelques 20 ans plus tard. Ce n'est qu'en avril 1995 que la méthadone a obtenu son autorisation de mise sur le marché (AMM), en Février 1996 pour le subutex. Récents en France, ces traitements existent depuis le début des années 1960 aux Etats-Unis. Dès leur mise en place, ils ont fait l'objet de multiples études au point de constituer aujourd'hui la modalité de traitement la plus évaluée. A ce jour, leur efficacité est attestée notamment sur la réduction de la consommation de drogues et des activités délinquantes ainsi que sur la réinsertion professionnelle. S'agissant du taux d'abstinence obtenu, il n'existe pas de différence significative entre ces traitements et trois autres modalités thérapeutiques, à savoir les communautés thérapeutiques, les traitements ambulatoires psychosociaux sans prescription et les cures de désintoxication. Pour chacun de ces traitements, le taux d'abstinence oscille autour de 30 %[2]. Quels que soient le nombre et la finesse des indicateurs retenus dans les études d'évaluation, ils ne peuvent pas saisir l'intégralité d'un processus de transformations personnelles qui compte avec l'évolution d'un système de relations sociales et les bouleversements de l'identité individuelle. Notre propos n'est pas de nous livrer à une étude de l'efficacité des traitements sur la base d'un nouvel indicateur. Nous analysons l'expérience individuelle de la sortie de la toxicomanie. Le traitement ne constitue qu'une dimension parmi toutes celles qui participent de l'évolution de l'individu. Ce que nous en rapportons correspond à ce qui est significatif pour l'individu. De son point de vue, le traitement réunit un produit, une relation et un lieu. Son expérience est variable, trois logiques fondent le travail mené en traitement. Nous nous proposons d'analyser le lien qui existe entre la variabilité de l'expérience individuelle et le contexte de soin dans lequel chacun est pris en charge. Les traitements de substitutions sont mis en œuvre sur la base de conceptions et de pratiques soignantes diversifiées. Peut-on expliquer la variation

[1] Deux programmes de vingt places chacun ont été ouverts à titre expérimental en 1973 à l'hôpital Fernand-Widal et Sainte-Anne à Paris.

[2] Nous avons inclus une présentation détaillée des recherches évaluatives et de leurs résultats en annexe.

des comportements individuels par l'organisation du traitement et la nature des relations nouées avec les soignants ?

I) Le traitement vu par les soignants

I.1) Autorité médicale, contrôle du patient

L'ensemble des soignants partage une idéologie qui tient d'abord aux prérogatives reconnues à leur statut. Inséparable de ce statut, l'univers de sens et les rôles qui lui sont associés alimentent un habitus professionnel qui donne corps à l'influence des soignants dans l'exercice de leur fonction. Le contrôle du traitement est partie prenante de cet habitus. C'est une prérogative conçue comme naturelle et qui suppose pour le patient un devoir d'observance des prescriptions médicales. Quel que soit le type de relation nouée entre le patient et ses soignants, ceux-ci souhaitent ou s'attendent à voir leurs instructions respectées. Cette attente de respect existe même si elle est démentie dans la réalité de relations médicales ne suivant pas forcément le modèle activité/passivité présenté par Szasz et Hollander. Le patient « consommateur » de soins s'est fortement développé au point de constituer aujourd'hui une figure banale : il organise son traitement de façon partiellement autonome, il développe une attitude critique vis à vis des prescriptions médicales auxquelles il ne se conforme pas forcément. Ce patient « rompt avec l'une des dichotomies centrales de nos sociétés : l'opposition si souvent dénoncée entre ceux qui savent et imposent leur savoir et ceux qui ne peuvent que le subir ». L'appréciation du devoir d'observance varie avec les centres et les médecins. Ainsi, la marge de manœuvre attribuée au patient est considérée comme nulle par certains intervenants, là où d'autres tentent de leur ménager un degré de liberté conçu comme fondamental pour l'efficience du programme. Il n'empêche. Les intervenants jouissent d'une autorité naturelle inhérente à leur statut. Plus que les infirmières ou les intervenants sociaux, le médecin et « *le psy* » détiennent l'essentiel de cette autorité. Tous deux appartiennent à cette classe de spécialistes caractéristique du degré de civilisation complexe atteint par nos sociétés. Le médecin comme le « *psy* » participent de l'ordre social officiel par le biais du corpus de significations sociales qu'ils formulent et administrent (Freidson, E., 1970). De ce point de vue, la position des toxicomanes par rapport à ces agents

réguliers de la vie sociale ne se distingue en rien de celle du commun. Ils subissent l'influence tout à la fois diffuse et directe du savoir médico-psychologique dispersé dans la société et mis en oeuvre dans le cadre institutionnel. Le médecin et le « *psy* » sont donc investis de la déférence communément reportée sur les professions dotées d'une forte légitimité sociale. Leur influence ne passe pas directement par les connaissances scientifiques dont ils disposent. Si leur savoir est synonyme de pouvoir de contrainte, c'est plutôt parce qu'il vaut plus que la parole experte de l'individu. Concurrents du point de vue de l'appréhension du traitement, les savoirs respectifs de l'individu et de ses soignants n'en sont pas moins dotés d'un statut inégal. La parole du médecin a valeur de vérité scientifique là où les acquis de l'individu font souvent figure de recettes douteuses, élaborées dans un contexte et à des fins contestables. L'inégalité pointée ici tient à la fois au statut hégémonique dont dispose la profession médicale dans nos sociétés et à l'opprobre affectant la toxicomanie en tant que conduite individuelle et/ou maladie stigmatisée. Tout au long du traitement, le médecin comme le « *psy* » pourront user de la légitimité de leur savoir afin d'obliger l'individu à l'abandon des critères gouvernant ses conduites. Eux seuls seraient en mesure de « définir les besoins du malade auxquels il est possible et légitime de répondre. La différence dans les savoirs et les compétences spécialisées peut alors se transformer en distance sociale et en pouvoir sur les personnes *»* (Adam, P., Herzlich, C., 1994, p. 38).

L'autorité « naturelle » des soignants se double parfois d'une volonté de contrôle de la toxicomanie en général et des toxicomanes en particulier. Simple souci professionnel ou hantise découlant de préjugés résiduels, elle passe d'abord par le contrôle des consommations de drogues. Ici, les soignants craignent le maintien ou la reprise de ces consommations. Les entretiens réguliers, les analyses d'urines parties prenantes du traitement de substitution deviennent des techniques de surveillance. En entretien, la question des consommations peut être directement abordée ou bien sondée à partir des informations livrées par le patient. Stable ou en difficulté, celui-ci n'en est pas moins généralement tenu de « parler ».

> *« Même ceux qui sont stabilisés, je surveille leur consommation. Et ça, ça correspond au fait qu'ils peuvent encore consommer et qu'il est important qu'ils me le disent. Parce qu'à chaque fois qu'ils consomment, il faut qu'on discute pour savoir pourquoi ils ont consommé. Parce qu'ils peuvent très bien*

consommer pour des raisons parfaitement anodines, du pur hédonisme. Mais ils peuvent très bien consommer aussi pour des raisons qu'ils n'ont pas envie de me dire : parce qu'il y a quelque chose qui ne va pas, parce qu'ils ne sont pas bien... Ça peut arriver n'importe quand. Et je pense que c'est important qu'ils puissent me le dire tout le temps qu'ils ont consommé parce que c'est pathologique et il faut qu'ils puissent me dire qu'ils sont malades. C'est pas un problème moral. Je veux qu'ils me le disent pour qu'on décortique ensemble pourquoi ils ont consommé et si c'est anodin très bien. Mais si c'est pas anodin, il faut qu'ils sachent que je peux les aider (Dr D). »

Les soignants ne se bornent pas à l'examen des propos livrés pour surveiller d'éventuelles consommations. Les analyses toxicologiques menées sur les urines viennent confirmer ou infirmer la parole donnée. Outil thérapeutique à part entière, ces analyses sont également perçues comme un moyen de rappeler au patient qu'il ne saurait se soustraire à l'autorité médicale. Et les praticiens peuvent juger nécessaire de marquer par là la permanence de leur contrôle. L'idéologie médicale associe ce type de contrôle à l'instauration d'une relation de confiance. Le raisonnement suivi postule une fragilité des patients toxicomanes à l'égard des produits. Toujours susceptibles de céder à la tentation, ceux-ci ne devraient pas craindre d'en parler avec leur médecin. Mieux, ils devraient apprendre à solliciter son aide chaque fois qu'ils ont fait usage d'une drogue. Même assurés de la bienveillance d'un praticien dont le but n'est pas de *« savoir pour savoir, ou pour fliquer » (*Dr D), certains peuvent taire leur consommation. Dans ce cas de figure, l'analyse d'urine viendrait parer à toute tentative de dissimulation. Dans le même temps, elle participerait de l'ancrage du patient dans une logique de soin. Le Dr G, essaie de « *faire en sorte qu'on puisse se dire un maximum de choses. »* Il « *n'exige pas l'abstinence*. » En revanche, il « *exige des analyses d'urine de toute façon, quoi qu'il arrive : c'est comme ça. Vous venez, bonjour, vous pissez ! Justement pour éviter que les patients calculent*. » Le Dr G pense « *qu'ils peuvent se préparer*. » Alors, « *des fois, il saute des mois : au fait on avait oublié la dernière fois, alors allez pisser. C'est là que c'est intéressant, parce qu'ils ne s'y attendent pas et tac ! Allez pisser. »* A cette occasion, il arrive parfois que les patients lui disent que leurs analyses vont être positives. Il leur répond : « *c'est pas grave. Allez pisser vous me*

raconterez après. » Le Dr G maintient l'analyse même en cas de consommation de drogues signalée par le patient parce qu'à ses yeux « *il faut qu'ils comprennent qu'il est là pour les aider et que chaque fois qu'ils ont eu un problème, ils doivent pouvoir lui en parler. »* L'analyse atteste alors que « *c'est là, ça existe*. »

I.2) Les préjugés

La volonté de contrôle et les techniques permettant sa mise en œuvre sont partie prenante du soin. Mais parfois, cette volonté de maîtriser le traitement, d'encadrer strictement les usagers se fonde sur les préjugés des soignants. Certains intervenants nouvellement arrivés dans le champ cumulent une méconnaissance relative de la toxicomanie et des *a priori* quant à ces patients « particuliers ». L'enseignement relatif aux usages de drogues constitue en effet l'un des parents pauvres de la formation médicale qui plus est pétri de stéréotypes et de jugements de valeurs. Certains intervenants se soucient donc d'autant plus de garder la maîtrise du traitement que la représentation des toxicomanes et de la toxicomanie acquise au cours de leur formation les invitent à s'en méfier. Il paraît logique que les médecins se soucient du comportement de n'importe lequel de leurs patients dans la mesure où ceux-ci – pas seulement les toxicomanes – ingèrent des médicaments sur leur prescription. Mais ici, les usagers de médicaments sont aussi pour eux des ex-usagers de drogues, ce qui renforce leurs préoccupations et leur volonté de contrôle. A ce propos, certains praticiens rencontrés soulignent pourtant leur inexpérience initiale doublée d'idées préconçues.

> *« Je n'ai aucun souvenir de cours parlant de la prise en charge des toxicomanes. Je n'ai jamais eu la sensation que quiconque ne m'avait donné une formation pour ça (Dr C). »*
>
> *« Je n'ai jamais abordé le problème pendant toute la durée de mes études et je n'avais jamais eu affaire à des toxicomanes avant de m'installer ici il y a cinq ans (Dr L). »*
>
> *« Je n'ai jamais travaillé auprès de toxicos avant d'être au centre méthadone si ce n'est ponctuellement dans les services de psychiatrie. J'avais entendu parler de la substitution mais ce qui a radicalement changé à partir du moment où je suis arrivée ici, c'est plutôt ma vision du toxicomane et pas tellement celle du traitement de substitution parce que je n'en avais pas vraiment une idée a priori. Je ne savais pas trop quoi penser de la substitution. Par*

contre, sur le toxicomane, comme la majorité des médecins, on m'avait bien sûr bien appris que le toxicomane était menteur, manipulateur, voleur etc. Et qu'il ne fallait donc jamais leur prescrire bien sûr de temgésic[3] *(Dr A). »*

Le travail du médecin dans le soin des toxicomanes est bien loin d'être entièrement dicté par ces stéréotypes. Les praticiens qui évoquent ces stéréotypes, le font pour mieux souligner le décalage séparant leurs prédispositions initiales de leur idéologie présente. Il n'empêche. La difficulté éprouvée à s'entendre sur le sens du soin, les frottements qui en résultent parfois, peuvent réveiller certains préjugés. En forçant le trait, on pourrait dire qu'alors l'indépendance agaçante du malade consommateur de soins devient dérive pathologique d'un ex-usager non encore dégagé de ses habitudes de toxicomane. Par exemple, il n'est pas rare que les individus décident de fractionner en plusieurs fois l'ingestion du substitut. Anodine en apparence, cette conduite éveille souvent la préoccupation des médecins. C'est qu'ils doivent déterminer les motivations d'un tel aménagement réalisé par les patients et s'assurer que cette nouvelle posologie est conforme à l'efficacité du traitement. Condensés en une seule conduite, plusieurs éléments concourent à leur inquiétude. Déjà, l'aménagement des prises constitue une liberté que s'autorise les patients. En soi, la conduite met donc à mal un contrôle sur le traitement cher aux médecins. De plus, le fractionnement n'est pas sans rappeler l'habitude toxicomaniaque de recours erratique à divers produits. La démarche individuelle mobilise donc directement le médecin puisque son intervention vise précisément l'abandon de ces « *réflexes de toxicomane* ». Enfin, les vertus de libération prolongée du substitut contrent, théoriquement, toute manifestation de manque. Une seule prise quotidienne garantirait au patient un confort optimal. Du coup, il y a peu de là à soupçonner le fractionnement opéré par les individus de visées illégales : *« est-ce qu'elle n'en file pas la moitié à son copain ? », « Est-ce qu'il n'est pas en train de traficoter, de revendre le surplus ? », « Est-ce que ça ne cache pas une démarche de défonce ? » (*Lalande, A., Grelet, S., 2001).

[3] Le temgésic est un médicament contre la douleur qui a été mis sur le marché en France en 1987. Son composant actif est la buprénorphine, molécule de synthèse dérivée de la thébaïne, un des alcaloïdes actifs de l'opium et qui a été découverte dans les années 1970.

La conduite des patients s'avère moins simple qu'il n'y paraît à première vue. Et les médecins s'efforcent d'en démêler le sens et d'en mesurer la portée. Force est de constater que leurs préoccupations ne relèvent pas totalement d'une logique médicale. Ils peuvent avoir tendance à surestimer les hypothèses qui mettent en cause une « *manie* » de toxicomane. Dans le même temps, le soucis reporté sur le comportement de l'individu domine souvent celui qui tient au respect de la pharmacologie. Ce faisant, les médecins éludent la possibilité de stratégies individuelles qui, pour être autonomes, n'en relèvent pas moins d'une logique de soin (Lalande, A., Grelet, S., 2001). Habitus professionnel ou préjugés résiduels, le contrôle des soignants s'exprime donc essentiellement à propos du penchant redouté à l'abus de produits de la part des patients. Chez certains médecins, cette crainte est encore renforcée par l'inconfort relatif qu'ils éprouvent à prescrire des produits peu ordinaires. Ceci relève en partie d'une culture médicale nationale hostile à la médicalisation au contraire des Etats-Unis fortement engagés dans cette voie[4]. Cette crainte concerne aussi bien l'usage de drogues que le rapport au produit de substitution. Elle pousse certains praticiens à limiter autant que possible la dose prescrite. Fondée sur des arguments médicaux, l'attitude vise néanmoins à contrer un éventuel effet euphorisant. Parmi les médecins rencontrés, certains appréhendent d'être, malgré eux, partie prenante d'une jouissance toxicomaniaque : soit parce que ce traitement conserve à leurs yeux un caractère peu ordinaire ; soit parce que les présomptions de manipulations reportées sur les toxicomanes, même tempérées au fil des années de pratique, continuent de nourrir leur crainte d'être abusés. Ainsi du Docteur D qui dit ne pas pouvoir « *rationaliser* » sa réticence à prescrire plus de 8 mg de subutex si ce n'est parce que « *généralement c'est la dose considérée comme optimale pour ce type de traitement. »* Certes, « *ce n'est pas la bonne dose pour tous. Certains sont effectivement stabilisés au delà. Mais, a priori il ne prescrit pas plus. »* D'autres ne bornent pas si fermement leur prescription au seuil de « *la dose moyenne* » mais tiennent à augmenter « *très progressivement* ». Le Dr J « *augmente toujours de 2 mg en 2 mg, très lentement. Sauf si c'est vraiment intolérable. Mais en général, ils arrivent à tenir. »*

[4] Pour une analyse de ce contraste entre traditions culturelles française et américaine en matière de traitement des toxicomanies voir par exemple Bergeron, H., *L'Etat et la toxicomanie,* op.cit.

La procédure suivie par les soignants repose ici sur un souci thérapeutique inhérent à la pharmacologie des produits de substitution et à la nécessité d'infléchir le comportement erratique, compulsif, en tous les cas problématique dont font preuve les patients à l'égard des produits. Les critères gouvernant leur conduite n'en sont pas moins forgés en partie « au coup par coup » et non pas strictement en fonction de règles scientifiques que les intervenants s'approprient progressivement[5]. L'établissement de la posologie mené très progressivement vise l'obtention de la plus petite dose efficace. Cette procédure découle directement du protocole thérapeutique imposé et les normes en matière de durée d'initialisation ou de doses moyennes de traitement sont avancées par les médecins. Cela dit, chacun souligne aussitôt « *qu'il n'y a pas de standard* » (Dr L), pas de règle valable pour tous les patients. Dans la pratique, la durée de l'initialisation comme la conception de « *la bonne dose* » varient d'un patient à l'autre mais aussi d'un médecin à un autre.

Au bout du compte, l'appréciation de ces éléments clés du soin mêle données savantes, expérience professionnelle et considérations personnelles. Ainsi, quand ils rendent compte de leur pratique de la substitution, les soignants ne manquent pas de se référer au cadre général inscrit dans les circulaires ministérielles, aux règles de conduite en vigueur dans les réseaux de professionnels et aux acquis scientifiques édités dans la littérature. Mais chacun use d'un style personnel à l'application du protocole. C'est par exemple le cas pour le maniement des analyses d'urines dont les circulaires ne stipulent pas d'autorité le nombre ou la fréquence requise. L'absence de précision laisse ici les médecins libres d'en user en fonction de leurs propres critères. En plus de leur fonction première de surveillance, elles peuvent donc revêtir les traits d'une sanction ou bien manifester explicitement le lieu de l'autorité. Médecins et patients leur attribuent d'ailleurs un potentiel de contrainte largement plus important qu'elles n'en ont en réalité. Entretiens individuels et analyses d'urine, pressions pour une dose limitée de substitut ou retour à la délivrance quotidienne, comptent parmi les techniques qui assoient le contrôle du

[5] Des manuels ou guide line établissant des critères pour l'adoption de bonnes pratiques cliniques ont progressivement été élaborés puis diffusés notamment à l'initiative des premiers intervenants à s'être engagés dans ces traitements. Anne Coppel rapporte qu'entre 1994 et 1997 ces pionniers dont elle fait partie se sont attachés à « communiquer (leurs) acquis : diagnostics, indications, objectifs du traitement, choix du médicament, modalités du traitement, processus de stabilisation, phases du traitement » (2002, p.322). Parmi ces manuels, Carpentier, J., *La toxicomanie à l'héroïne en médecine générale,* Paris, Ellipses, 1994. Lowenstein, W., et al., *La méthadone et les traitements de substitution,* Doin, 1995, Touzeau, D., et al., *Les traitements de substitution pour les usagers de drogues,* Paris, Arnette, 1997.

médecin. Elles participent des adaptations et du jeu d'influence propres à toute relation thérapeutique prenant un relief particulier dans le cadre d'un traitement encore neuf, dont les deux protagonistes ne possèdent véritablement ni les clés, ni le sens. Finalement, nombre de soignants se retrouvent sur l'importance attribuée à l'autorité que leur confère leur statut, ils s'accordent aussi sur une volonté de contrôle des consommations.

I.3) Divergences de points de vue sur le traitement

Les différences séparant les idéologies soignantes comme la mise en œuvre du traitement paraissent autrement plus significatives. Schématiquement, deux grandes lignes séparent les divers intervenants. La première repose sur l'acception de ces traitements en termes de substitution ou de maintenance. De taille, la nuance n'est pourtant pas véritablement tranchée dans la réglementation officielle[6]. D'une part, le traitement vise la fin de la dépendance y compris au produit de substitution. D'autre part, le produit de substitution peut être ingéré à vie. La première des conceptions peut être portée si ce n'est par une méfiance à l'égard de la délivrance de produit de substitution[7], en tout cas par la conviction que cette délivrance ne vient qu'en complément des interventions véritablement efficaces, à savoir les prises en charges psychologiques et sociales. Cette idée du traitement de substitution paraît congruente avec la définition psychopathologique de la toxicomanie comme avec la norme d'abstinence qui ont gouverné les interventions sanitaires menées auprès des toxicomanes jusqu'aux années 1990. Par contraste, la maintenance correspond à un mode de traitement plus directement approprié à une politique de réduction des risques. L'objectif principal de cette politique consiste en la protection des usagers et la prévention des risques inhérents à la consommation de drogues. Prioritaires sur le soin de la toxicomanie à part entière, ces finalités rendent concevables une délivrance de produit de substitution sur une durée non déterminée *a priori*. La maintenance s'accorde également aux conceptions nouvelles (en France) et dominantes, qui font de la toxicomanie une maladie

[6] l'évolution des conceptions politiques tend plutôt vers la substitution. La circulaire du 31 Mars 1995 précise en effet que « l'objectif ultime – du traitement – est de permettre « à chaque patient d'élaborer une vie sans dépendance, y compris la méthadone. Il s'agit dons d'un traitement de substitution ». Pour des développements sur la réglementation des traitements, voir les annexes.

[7] Méfiance parce que ces produits seraient susceptibles d'entretenir la dépendance mais surtout le rapport « pathologique » de l'individu au produit.

chronique. Ici, le soin de la toxicomanie est l'objectif principalement visé, mais la conception biologisante de la pathologie toxicomanie s'accorde avec la délivrance de produit sur une très longue période voire à vie. La démarcation entre les conceptions des intervenants tient donc aussi aux tensions émergentes entre modèles anciens et nouveaux de définition de la toxicomanie et, partant, de l'organisation du traitement.

Chaque institution ou intervenant dispose d'une interprétation propre de la toxicomanie. Chaque médecin généraliste dispose également d'une conception propre du soin. Corollaire de ces conceptions différenciées, l'organisation du traitement varie d'une institution à une autre, d'un praticien à un autre. Certes, ces variations ne s'écartent pas inconsidérément des directives officielles. Et les interventions sont unanimement organisées autour de la délivrance du produit de substitution et d'une prise en charge médicale, sociale et psychologique[8]. Mais les conceptions défendues en matière de toxicomanie et de soin des usagers de drogues dessinent des modèles de traitement significativement différents. Il en est ainsi des centres de traitement de substitution dans lesquels nous avons enquêtés et que nous désignerons banalement centre A, centre B, centre C. Des choix quant au mode d'utilisation des constituants du traitement sont opérés qui modifient sensiblement l'organisation de la thérapeutique. Parallèlement, les conceptions défendues en matière de toxicomanie et de traitement se traduisent au niveau de la relation soignant/patient.

[8] La prise en charge psychologique est sociale est menée dans le cadre du centre méthadone, ce qui n'est pas le cas en médecine de ville. Néanmoins, la réglementation des traitements pose la nécessité de ce type de prise en charge concrètement organisée ou non pour les patients suivis en ville.

II) Trois modèles de soin[9]

Empiriquement, nous pouvons distinguer trois modèles de soin. Un pôle psychologique, médical ou social commande et structure les idéologies comme les pratiques soignantes. Nous entendons par là une conception de la toxicomanie comme expression d'une psychopathologie, maladie psychiatrique et problème de santé publique. Le modèle psychologique de traitement domine dans le centre A. Le centre B développe un modèle médical de traitement et le centre C un modèle social de traitement. Les appréciations caractéristiques de chaque modèle de traitement ne sont pas exclusives les unes des autres mais dominantes dans chacune des institutions visitées, chez chaque médecin généraliste rencontré. Nous pouvons penser que ces modèles de traitement donnent respectivement la priorité à la relation, au produit ou au lieu. On peut donc se demander si l'expérience des patients est commandée par la relation, le produit ou le lieu selon qu'ils sont suivis dans l'une ou l'autre des institutions, chez l'un ou l'autre des médecins rencontrés.

II.1) Un modèle de traitement psychologique [10]

Socialiser le toxicomane

Dans le modèle psychologique de traitement, le toxicomane se doit d'intégrer les normes et valeurs constitutives de la sociabilité courante. Il n'est pas tant malade que peu ou mal structuré. De ce fait, il est conçu comme incapable d'évoluer en société. Les soignants seraient porteur de cet « esprit de la société » qu'il s'agit d'insuffler dans la conscience individuelle. Défaut de maturité ou raté dans le processus de socialisation, l'individu n'est pas encore acquis à la morale courante et, par voie de conséquence, sujet à des transgressions inacceptables. Ce type de

[9] Nous ne nous livrerons pas ici à une monographie des pratiques institutionnelles. Cela supposerait de distinguer les centres en fonction de paramètres tels que la quantité de produit de substitution et de médicament associés prescrits, le temps de prise en charge dans le centre, la quantité de traitement offert entre autres éléments – nombre et fréquence des interventions –. Ce n'est pas le propos de notre travail. Nous nous concentrons sur les conceptualisations adoptées par les diverses équipes sur la toxicomanie, les toxicomanes et les traitements de substitution. Notre attention porte également sur certaines modalités de mise en oeuvre du protocole de soins. Nos propos s'appuient sur les entretiens réalisés avec les membres des équipes soignantes, sur les observations que nous avons menées dans les centres ainsi que sur les publications de certains soignants.

[10] Les systèmes de représentations qui suivent sont décrits de manière unifiée ce qui ne veut pas dire que tout autre regard sur la toxicomanie, les toxicomanes ou les traitements de substitution est ignorée des soignants ; ni que l'idéologie exposée est « telle quelle » défendue à l'identique par chacun d'entre eux.

regard sur la problématique toxicomaniaque a longtemps surplombé le système de soin édifié sur les bases de la loi du 31 Décembre 1970.

Les intervenants définissent les toxicomanes au moyen de la catégorie pour le moins ambiguë de « victime coupable ». Les usagers de drogues seraient avant tout des jeunes pris dans une crise adolescente pathologique. Ils ne peuvent être responsables de comportements dictés par leur psychopathologie. Pourtant, et dans le même temps, les toxicomanes seraient entièrement responsables de transgressions perçues en termes de désobéissance. Les consommations de drogues sont interprétées comme un échec de la socialisation. La jeunesse n'a pas intégré les valeurs de la société, elle fait fi des normes de conduites prescrites et attendues. Il s'agit donc de parfaire son éducation à grand renfort de morale et d'autorité. Les intervenants doivent faire œuvre de pédagogie, restaurer le sens civique des usagers de drogues avant de retrouver leur fonction première de soins. Avant toute chose, la drogue doit être éradiquée du corps. Ses effets masquent la teneur du trouble individuel. Une fois débarrassé de ce qui escamote la psychopathologie, le travail de restructuration psychique peut être amorcé. Les individus doivent consentir aux efforts nécessaires à cette restructuration et se soumettre à la discipline de vie requise en la circonstance. Telle est la raison pour laquelle le modèle de traitement mis en place se fonde sur une volonté d'encadrement des individus qui ne saurait souffrir aucune contradiction.

Dans le centre A, le « *cadre* » est le maître mot des pratiques soignantes. Il signifie à la fois un ensemble de règles constituant le « *jeu de l'institution* », une équipe soignante assurant un encadrement des sujets en traitement et un espace concret et fixe de soins. La rigueur des règles du centre, la cohérence non moins rigoureuse de l'équipe soignante et l'immuabilité du lieu sont pensés comme les repères dessinant « *la personnalité de la maison » (*Dr G). Un médecin précise que « *ce n'est pas le principal outil thérapeutique mais c'est le postulat. Evidemment, le postulat c'est la fourniture d'un opiacé, mais cette fourniture doit s'inscrire dans un cadre précis. »* Comme dans toute institution, le modèle psychologique de traitement dispose « *d'une certaine politique. Cette politique, qui est connue par les patients, c'est : un cadre, une certaine rigueur. On ne fait pas n'importe quoi, n'importe comment. Ce n'est pas de la méthadone confort » (*infirmière). Les toxicomanes seraient un peu comme ces enfants qui ne saisissent pas encore que

leur intérêt réside dans l'application des règles édictées. Turbulents ou cherchant à se faire remarquer, ils rechignent à se soumettre. Une infirmière en veut pour preuve « *qu'ils n'arrivent pas à l'heure. Ils reproduisent donc des comportements infantiles où on n'essaie pas de s'affirmer face à soi-même mais face à l'autorité.* »

> *« Le petit enfant qui va essayer de provoquer l'autorité de ses parents pour voir jusqu'où il peut aller c'est bien normal chez un enfant mais à l'âge adulte, si tu reproduis cette démarche ça veut dire que tu n'as pas encore un Moi fort qui n'aurait plus besoin de se confronter à l'autorité pour se dire : j'existe (Infirmière). »*

Un psychiatre ajoute que l'approche « *cadrante est positive pour ce type de personnalité. Les gens qui sont dépressifs par rapport à l'autorité (...)Ceux qui ont besoin d'un point de vue psychopathologique de repères fixes.* »

> *« Il y a des gens qui sont absolument là-dedans et qui ont besoin, soit d'être ritualisés, soit d'être encadrés sans quoi ça part dans tous les sens (Dr I). »*

Manque d'autodiscipline, dépressivité par rapport à l'autorité ou recherche d'indépendance absolue, il reste qu'une insuffisante capacité à composer avec des contraintes est perçue comme une constante des « *pensées toxicomaniaques*» (Geismar, Wieviorka, S., 1995) et de la psychopathologie individuelle. L'attachement au « *cadre* » comme fondement de l'efficacité du traitement se traduit dans l'organisation de la thérapeutique. Quelle que soit l'incidence effective des règles édictées, les soignants les présentent comme le principal outil du soin devant le produit de substitution et le contenu de la prise en charge psychologique et sociale. Le strict respect des horaires de passages au centre, la venue quotidienne dans l'institution, l'obligation de ne pas se présenter en état d'ivresse alcoolique ou psychotrope sous réserve d'exclusion, le devoir de parler ou plutôt de cesser de mentir, comptent parmi les exigences thérapeutiques. Par là se réaliserait l'apprentissage des codes de sociabilité basiques qui assoient le statut de patient du traitement et, par extension, de membre de la société. Autrement dit, l'attachement souligné au « *cadre* » de soin, la démarche « *cadrante* » des intervenants, visent tout à la fois une réforme du comportement toxicomaniaque et l'apprentissage d'un comportement social. Un tel objectif peut être analysé en termes éducatifs : les

individus en traitement sont avant tout membres d'une société dans laquelle ils doivent savoir évoluer normalement, c'est-à-dire en respectant ses codes de conduite et ses valeurs. Le moyen essentiel de la réforme comportementale escomptée est donné dans la force d'intégration d'un cadre c'est-à-dire d'une institution avec ses règles et ses membres tout à la fois porteurs, garants et représentants de ces règles. L'abandon de la toxicomanie et l'adoption simultanée d'un comportement normal se fera par l'intériorisation des règles institutionnalisées. En outre, l'individu doit approuver ce « *cadre* ». Il doit reconnaître, si ce n'est le bien fondé, du moins le caractère incontournable des règles, pour les intérioriser dans une démarche de « libre » acceptation. Par là, il entre dans une attitude raisonnée qui révèle une maîtrise de soi et porte la marque de sa participation au traitement mais aussi, par extension, à la société. L'autonomie et la liberté individuelle se constituent donc autour et à partir de l'intégration d'un système de règles.

Sociologiquement, il y a là l'idée d'une individualisation par socialisation. Les règles institutionnelles sont élevées au rang de normes et la conception « *cadrante* » du traitement et de l'intervention soignante rappelle le caractère des instances de socialisation. Le parcours en traitement donne l'image d'une construction des individus qui débuterait avec une adhésion sur le mode enfantin, évoluerait dans une coopération pour s'épanouir dans une libre intériorisation de la norme. L'individualisation passe par l'adoption d'un statut dans l'institution. L'individu prend par là conscience de sa place dans un espace social et par rapport aux autres, ce qui lui donne dans le même temps, les moyens d'évoluer socialement.

Restructuration psychologique

L'encadrement soignant vise une réforme comportementale mais aussi une réforme psychologique. Une part importante de l'intervention a pour finalité un changement dans cette vision du monde et de soi propres aux toxicomanes. Ceux-ci seraient imbus de liberté, tendus vers un idéal de « *superindépendance* » (Geismar, Wieviorka, S, 1995)[11] qui leur rend insupportable toute forme de contrainte. Là, réside une dimension essentielle de leur psychopathologie ou de leur immaturité.

[11] Voir aussi Vera Ocampo, E., *L'envers de la toxicomanie. Un idéal d'indépendance*, Paris, Denoël, « L'espace analytique », 1989.

Pour les soignants, il s'agit donc de saper, point par point, les histoires ou les mensonges que l'individu raconte et se raconte. Elles font obstacle à sa sortie de la toxicomanie. C'est le but de la restructuration psychologique menée par un travail sur soi sous l'égide d'un psychiatre référent. Les entretiens avec le psychiatre deviennent le vecteur privilégié du contrôle médical. Certes, ces entretiens participent du soutien psychologique inclus dans le traitement. Toutefois, quand l'échange thérapeutique se mue en obligation de dire, le cadre protocolaire se colore en encadrement au sein duquel la parole prend les traits d'un aveu ou de preuves avancées en gage de bonne conduite. Le silence n'est certes pas sanctionné mais il invite au doute.

> *« Il y a des patients qui n'acceptent pas ou qui considèrent qu'ils n'ont pas besoin de parler et qu'à la limite venir ici parler avec moi une demi-heure ça les emmerde ! Alors que moi je les contrains à ce type de fonctionnement (Dr C). »*

Aux yeux de certains, le traitement de substitution « *ne soigne rien du tout*». Il permet uniquement de donner du temps pour aborder les véritables problèmes. Si le nœud de la toxicomanie réside dans un dysfonctionnement psychique, alors la sortie est suspendue à une investigation psychothérapeutique. Le Dr C estime « *qu'il est absolument nécessaire de faire un travail avec un psychiatre ou un psychothérapeute »* et ce, « *malgré la prise en charge par un médecin généraliste. »* Une telle conception se traduit dans la fréquence, la durée et la teneur des échanges avec le médecin. « *Systématiques* », les entretiens comptent de multiples incitations à « *enclencher un travail sur soi*. » Le Dr J précise que « *c'est quelque chose qu'il met régulièrement sur le tapis. Ils n'y coupent pas. Même ou surtout avec des gens qui se sentent solides dans leur traitement, qui ont vraiment l'impression que seuls ils vont s'en sortir, qu'ils n'ont pas besoin d'un psy et ceux qui m'ont dit : oui ça serait bien mais je n'ai pas encore réussi à franchir le pas. Ou ceux qui me disent que de toute façon ils ne le feront pas. »*

Les propos individuels suscitent la méfiance. Ceux-ci ne peuvent être pris au sérieux, à cause de leurs contradictions qui sont directement liées à la problématique de chaque cas individuel. Par exemple, les individus clament leur sentiment d'être dépourvus de liberté alors même que celle-ci rassemble toutes

leurs aspirations. Ils envisagent leur vie comme entièrement déterminée ou soumise au hasard alors même que leurs conduites de toxicomane repose sur un choix dont ils sont en grande partie responsables. Plus prosaïquement, il arrive qu'ils contestent avoir consommé des produits illicites alors que les analyses d'urines en révèlent la trace. La contestation individuelle est alors saisi comme un « *déni* ». Inversement, certains peuvent annoncer avoir consommé avant que leurs analyses ne le révèlent. Ces individus sont alors dans une démarche « *d'aveu* » dont les fondements doivent être mis en question. Le Dr G « *essaie de ne pas tomber là-dedans, avec ceux qui sont dans l'aveu.* » Surtout que « *il y a des gens qui sont encore plus forts et qui avouent avant : c'est même pas la peine de me faire une analyse d'urine, ça va être positif.* » A ses yeux, « *ces gens là cherchent à reprendre le contrôle. Alors là ! C'est une relation de maîtrise absolument folle.* » Il dit souvent aux infirmières de faire *« particulièrement attention, de ne pas se laisser dicter ça par le patient. Mais une fois ou deux, elles tombent dans le panneau.* » Parfois, c'est le silence de l'individu qui invite au doute. Quelle que soit le degré de réhabilitation atteint, un patient peu disert éveille la méfiance. « *Le fait qu'ils ne disent rien ou presque* », le Dr C le conçoit « *comme un symptôme.* » En tout cas, *« ça la met en doute par rapport à la réussite du traitement.* » En soi, la perplexité de ce médecin gage d'une application attendue de la part d'un praticien. Mais quand le souci médical ne saurait se passer de vérifications poussées, c'est que le médecin sous-estime l'hypothèse d'une stabilité conquise par le patient. A tel point parfois que l'absence manifeste de difficulté le laisse désarmé.

> *« Il est stable. Tous ses contrôles urinaires sont négatifs. Il est très stable et voilà ! On va arriver à arrêter le subutex certainement dans les délais qu'il s'est fixé. Ceci dit, est-ce que pour autant, ce sevrage là sera définitif ?... Et pourtant il est stable, il est bien, il ne rate jamais un rendez-vous. S'il a un empêchement professionnel, il téléphone toujours. Il a vraiment un fonctionnement tout à fait réglo. En plus, c'est un type qui travaille donc il a une sécurité sociale, une mutuelle donc il n'est pas pris en charge à 100 % mais il n'y a jamais eu aucun problème de paiement. C'est sûr qu'il n'y a jamais eu aucun problème avec ce garçon, aucun ! Mais moi je n'ai pas l'impression qu'il ait mis quelque chose en route en lui-même. Il n'a jamais rien à dire. Depuis le début tout va toujours très bien. Je n'ai pas la sensation qu'il a pris du temps pour comprendre quel était*

son fonctionnement personnel. Il n'a pas fait de recherche sur lui-même. Il n'a pas essayé de comprendre pourquoi. Pour lui, c'est quasiment un accident sa toxicomanie, parce que sur le plan social et familial il n'est pas défavorisé. Pour lui, les choses ne sont ni compliquées ni dramatiques (Dr C). »

« Je suis dubitative. C'est vrai que je n'ai pas de signes me laissant penser qu'il va se planter plus que les autres. Je le sens extrêmement déterminé. Mais je n'ai rien senti bouger à l'intérieur de lui et à mon sens ce n'est pas par hasard qu'on devient toxicomane. Et il me semble indispensable que les choses soient bien conscientisées (Dr S). »

Le silence dérange et les discours individuels ne sont jamais totalement fiables. Ils seraient de l'ordre d'une justification par laquelle les toxicomanes s'extraient de toute influence sur le cours de leur histoire. Les soignants veillent à *« ne pas se faire berner »* (Dr S). Ils estiment devoir *« jouer les miroirs »* (infirmière), soit réfracter dans la conscience individuelle l'image dérangeante des mensonges construits et qui grèvent l'accès à une authenticité intime. De ce point de vue, la prise en charge psychologique revêt une importance fondamentale. Son efficacité présumée, vient juste à la suite de celle attribuée au « *cadre* ». Dans le centre A, les médecins psychiatres occupent une position dominante, du point de vue de la quantité d'actes par rapport à l'assistante sociale et au médecin généraliste, du point de vue du pouvoir dont ils disposent par rapport aux infirmières. Au moment d'un contentieux autour d'un patient *« on peut en parler en équipe mais le pouvoir reste au médecin qui a la charge du patient»* (infirmière).

Au total, le modèle psychologique de traitement vise deux objectifs principaux, articulés dans la prise en charge. Le premier concerne une réforme comportementale. Il est commandé par une argumentation « *socialisante*». Le second vise une réforme psychique. Il est commandé par une argumentation psychologique. La réalisation de cette double réforme individuelle est portée par un modèle d'application normative des conceptions soignantes. La position assignée à l'individu par rapport à l'institution en est une illustration. D'emblée, celui-ci est mis face au système de règles que se sont données les soignants afin de réaliser au mieux la prise en charge de chaque sujet. L'individu obtient une réponse à sa demande de soins s'il accepte le cadre institutionnel, c'est-à-dire les règles posées

ex-ante, en référence à des conceptions sur lesquelles il n'a pas de prise. La relation initiale entre les soignants et le patient s'inscrit donc dans un modèle d'activité/passivité[12]. L'individu se présente dans une position de faiblesse puisqu'il est en demande et a besoin d'aide, puisqu'il a le sentiment de porter un stigmate. Inversement, les soignants sont en position dominante puisqu'ils ont la capacité d'accéder à la demande individuelle. Cette inégalité de position est inhérente aux relations soignants/soignés. Toutefois, l'inégalité est ici renforcée par le caractère non négocié de l'interaction.

> *« Les gens viennent demander quelque chose, donc c'est une relation qui s'établit sur l'authenticité. Mais une fois qu'on dit qu'on pense qu'il va pouvoir bénéficier d'un traitement méthadone, le gars est pieds et poings liés. Là, on n'est plus dans une relation thérapeutique. Finalement, je suis celui qui va apporter quelque chose de... Quand même centré sur le produit à ce moment là, donc l'immense majorité ne va pas dire : je ne suis pas d'accord avec le cadre* (Dr G). »

« Entrer dans le cadre »

La relation construite en cours de traitement suit ce modèle inégalitaire. L'aide proposée et mise en œuvre suppose que l'individu adopte un comportement de patient tel qu'il est défini par les soignants. Le cadre non négociable initialement est appliqué sans plus de discussion puisqu'il est partie prenante du traitement. Une forme d'application normative du traitement est donc conçue à la fois comme le moyen et la marque du caractère thérapeutique de la prise en charge. Du point de vue de l'individu, cela signifie qu'il est considéré comme un patient si son attitude se conforme au comportement attendu de l'équipe. S'il ne respecte pas le protocole du traitement, c'est qu'il n'est pas prêt pour un tel programme ou qu'il ne saurait en bénéficier. Les conceptions soignantes et leur mode d'application sont donc fondus ensemble. Le pouvoir d'autorité dont l'équipe dispose ne souffre aucune contradiction ou remise en questions. Soit l'individu accède au bien fondé des conceptions soignantes qu'il accepte dès lors librement, soit il ne saisit pas le contenu thérapeutique du cadre soignant mais il se doit de le respecter pour que sa

[12] Voir modèles de Szasz et Hollander présenté par Freidson, E., *La profession médicale*, Paris, Payot, « Médecine et sociétés », 1984.

demande soit honorée. La mise en œuvre du traitement n'est à aucun moment soumise à discussion puisqu'elle est donnée comme consubstantielle à la thérapeutique proposée.

Une autre dimension du pouvoir de contrainte de l'équipe est donnée dans sa représentation des toxicomanes. La plupart d'entre eux feraient preuve d'un comportement acquis de « *faiseurs d'histoires* », malhabiles avec la prise de responsabilité et prompts à bâtir des mensonges. Une infirmière ne pense pas que les toxicomanes sont « *fondamentalement pervers ou manipulateurs* », mais elle précise « *qu'ils le sont parce que pour avoir de la came il faut agir comme ça. Il faut mentir, voler, être manipulateur, pouvoir exercer du chantage, notamment affectif. Donc, c'est un comportement acquis parce que dans leur situation il fallait qu'ils soient comme ça.* » Définir de la sorte l'attitude partagée par les toxicomanes renforce tout à la fois la distance entre soignants et patients et l'autorité des premiers sur les seconds. Si « la pensée toxicomaniaque » (Wieviorka, S., 1995) acquise au cours de la trajectoire pousse les individus à choisir la mauvaise foi plus souvent que l'authenticité, alors les soignants doivent maintenir une distance méfiante par rapport aux propos tenus, écouter et recevoir ce qui est dit sans pour autant « *tout prendre pour argent comptant* » (infirmière*).* Quelle que soit la parole donnée il s'agira de déceler son authenticité. En plus de creuser une distance relationnelle, cette représentation des comportements toxicomaniaques, conforte l'autorité soignante puisque le doute se placera plus aisément du côté de l'individu encore « *victime* » de ses mensonges, que du côté de l'intervenant.

Toutes les institutions qui prennent en charge des individus tout en cherchant par là-même à les rendre autonomes, partagent un même paradoxe au fondement de leur pouvoir d'autorité : elles soumettent les individus à une injonction contradictoire. Dans le modèle psychologique de traitement, ce pouvoir d'autorité est renforcé par le système de représentation des toxicomanes. Le toxicomane y est conçu comme un individu responsable et prisonnier d'un comportement irresponsable. La notion de responsabilité est investie d'un double contenu qui, sans être paradoxal en soi, constitue une injonction contradictoire faite aux individus. Ceux-ci doivent tout à la fois prendre conscience de leur responsabilité afin de construire leur individualité et reconnaître le manque de responsabilité affectant leur comportement. C'est parce qu'ils mettent en avant une attitude irresponsable

qu'ils doivent être « *cadrés*» et, idéalement, reconnaître leur besoin d'être « *cadrés* ». Mais cela n'empêche pas qu'ils doivent se sentir ou apprendre à se sentir responsables de leurs actes. A moins de partager sans conteste cette conception de l'individualisation par socialisation, on peut penser que l'autonomisation individuelle, partie prenante du processus de sortie de la toxicomanie, n'est ici pas pleinement facilitée. En particulier, dans la mesure où les soignants conçoivent les toxicomanes comme anormalement dépourvus d'aptitudes à l'autonomie, englués dans des mensonges qu'il est difficile de défaire. On peut gager qu'un doute perdure longtemps quant à l'autonomie retrouvée des patients. Ceux-ci accèdent plus ou moins rapidement à l'abstinence de drogues, s'investissent plus ou moins activement à la restauration de leur situation sociale, mais là ne réside pas la perplexité conservée par les soignants. Celle-ci tient plus profondément à leur perception des toxicomanes comme sujets à un fonctionnement psychopathologique. Les soignants peinent à concevoir que les individus parviennent un jour à évoluer sans plus de soutien ou de contrôle. Leur volonté de poursuivre la prise en charge institutionnelle sur plusieurs années, de maintenir plusieurs mois ou années la délivrance du produit de substitution sur place sont en partie liée à cette perplexité persistante.

Dans le modèle psychologique de traitement, les soignants se positionnent avant tout du point de vue d'un sujet en souffrance. Leurs interventions visent des changements dans la psychopathologie individuelle. Le traitement est organisé en vue d'une double réforme individuelle : comportementale et psychologique. La finalité principale de ce modèle de traitement consiste donc en une transformation de la personne en traitement. A mesure que l'individu se montre capable de respecter le protocole conçu pour lui, il se donne simultanément les moyens de sortir de sa toxicomanie, d'exister socialement et « pour soi » c'est-à-dire en accord avec une authenticité retrouvée. C'est la triple finalité contenue dans les conceptions soignantes. Au-delà de leur bien fondé, elles empêchent l'individu d'être partie prenante de son évolution, puisque collaborer signifie pour lui se conformer à un cadre pensé sans lui et puisqu'il ne saurait retrouver son authenticité qu'en entrant dans une définition de lui-même élaborée par d'autres que lui.

II.2) Un modèle médical de traitement

Du point de vue de l'individu, la dépendance aux drogues porte lourdement atteinte au maintien d'une expérience, d'un rapport à soi, d'une relation à l'autre. Malgré tout, les individus ne se perdent jamais totalement. Ils vivent une crise personnelle synonyme du maintien d'une forme de subjectivité et partie prenante de leur renoncement aux drogues. Dans le modèle médical de traitement, cette dimension subjective est absente. Non pas parce que les soignants mésestiment ou ignorent les individus reçus, mais parce que leur conception de la toxicomanie les empêche de les concevoir comme dotés d'une subjectivité. Les individus ne sont appréhendés que sous l'angle de leur comportement conçu comme la résultante d'un trouble neurobiologique. Seule cette dimension organique doit retenir l'attention puisqu'elle préside à la pathologie toxicomanie loin devant les facteurs personnels ou sociaux. Est toxicomane toute personne qui ne peut cesser de consommer une substance alors même qu'elle souhaite mettre fin à sa consommation.

> *« L'héroïne a beaucoup d'inconvénients. Elle a peut-être des effets sur le moment plus forts que l'alcool par exemple, mais c'est illégal, très cher, on prend des risques, en plus il faut s'injecter ce n'est pas évident. Donc, la plupart des gens qui consomment une fois, s'arrête. Il y a un sous groupe qui continue, ce sous groupe a perdu le contrôle. Il y a les inconvénients, il voudrait arrêter mais il continue. Ce sous-groupe est malade et sa maladie c'est de ne pas pouvoir s'arrêter. Il faut le soigner. Peu importe la raison pour laquelle il a consommé initialement, puisque la plupart des gens qui consomme s'arrêtent, c'est très anormal de ne pas s'arrêter, ça nécessite une intervention thérapeutique (Dr M). »*

Soigner une maladie

Ici, l'impossibilité d'arrêter n'est pas conçue comme le symptôme d'une psychopathologie. Elle tient au trouble psychiatrique caractéristique de la toxicomanie. Le toxicomane est un malade. L'intervention thérapeutique est définie comme une traitement à part entière de la toxicomanie[13]. Elle vise la guérison de cette maladie psychiatrique. La vision avancée remet en question un certain nombre

[13] Le terme est peu employé. Les médecins lui préfèrent celui de dépendance ou pharmacodépendance

de thèses contenues dans les définitions classiques de la toxicomanie et des toxicomanes. De quelque point de vue que l'on se place, la toxicomanie renvoie toujours à une double dépendance, physique et psychique. La première compte les phénomènes de tolérance et de sevrage[14]. La seconde correspond à cette « *condition dans laquelle la drogue produit un sentiment de satisfaction et une impulsion psychique qui exige une administration périodique ou continuelle de la drogue, pour produire un plaisir ou éviter un état dépressif* » (Auriacombe, M., *et al.*, 1994). On a longtemps considéré que la dépendance physique était au fondement de la poursuite de l'intoxication. Aux yeux des soignants, *« la dépendance physique n'est pas le problème du toxicomane. »* Le terme a sa pertinence, mais la nécessité de corriger la tolérance et d'atténuer le syndrome de sevrage ne sauraient expliquer totalement la continuation de conduites addictives. Le point de vue s'appuie sur des données médicales classiques et sur les résultats de recherches neurobiologiques menées sur les phénomènes d'intoxications. Les manifestations du manque n'ont rien de propres aux drogues. Elles relèvent d'une adaptation physiologique de l'organisme à l'introduction d'une substance extérieure. On retrouve, par exemple, la tolérance et le syndrome de sevrage à l'utilisation de bêtabloquant en cardiologie alors que ces substances ne provoquent pas de toxicomanies. Même la délivrance de dérivés morphiniques pour le traitement de la douleur de certaines maladies, ne donneraient lieu à des toxicomanies que dans quatre cas sur dix mille (Auriacombe, M., *et al.*, 1994). Surtout, les troubles physiques disparaissent rapidement à l'arrêt de la prise de toxiques et des rechutes peuvent survenir après une période d'abstinence, parfois longue de plusieurs années[15]. De plus, des expérimentations menées en laboratoire sur l'animal ont permis d'affirmer que l'administration de toxiques n'était pas induite par la nécessité d'éviter le syndrome de sevrage. « *L'animal peut s'administrer une drogue et peut travailler pour obtenir une injection alors qu'il n'y a chez lui aucun signe de dépendance physique* » (Auriacombe, M., *et al.*, 1994). Autant d'éléments qui poussent l'équipe à placer la dépendance psychique au cœur des conduites addictives. Elle en serait le fondement

[14] La tolérance désigne la nécessité d'augmenter la fréquence et la quantité de substance consommée pour conserver le plaisir initial ou éviter les effets de manque. Le sevrage ou symptôme de sevrage correspond à l'état de malaise induit par l'arrêt de l'ingestion de la drogue.

[15] C'est notamment le cas de toxicomanes sortant de prison après parfois des années d'incarcération. Cela donne d'ailleurs lieu à un nombre important d'overdose.

alors que la dépendance physique ne ferait que renforcer la démarche d'intoxication[16].

> *« Le vrai problème de la dépendance, c'est la compulsion à prendre des produits avec perte de contrôle de la consommation, c'est la dépendance psychique si vous voulez (Dr M). »*

Cette dépendance psychique est déterminée par des mécanismes neurobiologiques mettant en jeu la nature chimique du produit consommé, la dose, mais aussi « *un substrat biologique inné ou acquis »* par l'individu, et des facteurs environnementaux. Schématiquement, une action de la substance sur le système de récompense ou de renforcement positif[17], une « *sensibilité* » individuelle révélée ou accentuée par le produit, un « *conditionnement* » de l'individu à des facteurs environnementaux, concourent à la poursuite de conduites addictives et expliqueraient les rechutes consécutives à des périodes d'abstinence. Si la toxicomanie ainsi définie est une maladie, alors les toxicomanes doivent être conçus comme des malades au sens de personnes « *normales* » atteintes de cette pathologie qu'on appelle toxicomanie ou dépendance. La désignation « *toxicomane* » n'a donc de sens que ramenée au trouble « *toxicomanie* ». Le Dr A « *ne définit plus les toxicomanes, puisqu'il n'y a pas de toxicomanes, il y a la maladie qui est la toxicomanie. »* A ses yeux, cette maladie « *peut tomber sur n'importe qui… Enfin, peut-être pas sur n'importe qui mais sur des gens avec des profils très différents. »* Puisque, d'une certaine manière, seule la toxicomanie existe alors la finalité du traitement est claire. Il s'agit de guérir cette maladie et la guérison sera révélée par une abstinence de drogues prolongée.

Suivre un mode d'emploi

Orienté vers la pathologie toxicomanie, ce modèle de traitement n'agit pas directement sur les individus. Plus précisément, il permet de changer le comportement des malades qui, guéris de leur maladie, redeviennent des individus

[16] L'OMS définit la dépendance psychique comme « un état dans lequel une drogue produit un sentiment de satisfaction et une pulsion psychique exigeant l'administration périodique ou continue pour provoquer le plaisir ou éviter le malaise ».

[17] Circuit neuronal qui relie, du cortex frontal au mésencéphale, des structures cérébrales latérales. Appelé aussi, système « d'appétence » il est plus simplement, celui du plaisir. Cité in Morel, A., Hervé, F., Fontaine, B., *Soigner les toxicomanes*, Paris, Dunod, 1997.

« normaux ». Cette conception des toxicomanes ôte toute responsabilité à l'individu quant à sa toxicomanie. Une fois dépendant, l'individu est pris par et dans un comportement pathologique irrépressible. Il n'a pas plus de prise sur sa conduite qu'il ne saurait en avoir sur son évolution en traitement. Autrement dit, le patient doit s'en remettre totalement aux soignants, se faire réceptacle de leurs investigations. La relation soignant/patient est définie comme une collaboration mais ici comme dans le modèle psychologique de traitement, la collaboration individuelle signifie une stricte conformité aux règles posées par les soignants. Il n'est pas de négociation possible du protocole conçu par les soignants. La collaboration du patient est nécessairement recherchée, mais elle signifie que ce dernier s'engage à suivre le mode d'emploi présenté. Le Dr M, insiste sur le fait que les consultations, les dosages urinaires, ne sont pas des contraintes : « *c'est la mise en place technique du traitement*. » Ce sont « *des moyens* » pour que le traitement soit *« utile* » au patient. C'est même « *une garantie qu'on va objectivement évaluer son traitement et l'adapter. »* Du coup, cette technique de mise en place du traitement doit être « *partagée »* avec le patient mais *« s'il dit : je veux bien le traitement mais je n'ai pas envie de vous voir en consultation ni de faire pipi, l'infirmière me fait chier, je ne viendrai qu'un jour sur trois. Là on lui dit qu'il y a un problème : c'est moi le docteur, c'est moi qui dirige le traitement. Avec votre collaboration bien entendu, mais si vous n'êtes pas d'accord on se quitte »* (Dr M). La collaboration individuelle se matérialise, avant l'entrée en traitement, par la signature d'une « feuille de consentement éclairé » qui rappelle au futur patient les buts, les modalités et les contraintes de la prise en charge[18]. Une fois le traitement amorcé, l'individu doit consentir à ce qu'il a accepté de respecter.

Un cadre thérapeutique clairement structuré, une prise en charge psychologique et sociale participent du traitement mais le principal outil

[18] Dans le fonctionnement initial du centre B, avant de débuter le traitement, le patient devait signer la « feuille de consentement éclairé » reprise ci-après, afin d'assurer de sa collaboration. Cette pratique soignante a été abandonnée peu après notre passage dans l'institution. *« Je suis d'accord pour être traité par la méthadone. J'ai bien compris que le traitement durerait plusieurs mois ou années et nécessite que je me rende tous les jours au centre de traitement, au moins les trois premiers mois parfois plus. J'ai également bien compris que je devrais donner sous surveillance, un échantillon d'urine chaque fois que je viens. Les dosages de toxiques effectués dans mes urines servent à objectiver si les buts du traitement sont atteints et à adapter le traitement en conséquence. J'ai aussi bien compris que je ne pourrais recevoir le traitement que pendant les heures limitées indiquées. En dehors de ces heures, je ne pourrai jamais recevoir de méthadone. Mais je sais aussi que si je rate un jour ce n'est pas dangereux. Enfin, bien entendu, je suivrai les règles générales qui s'appliquent dans un hôpital »*.

thérapeutique est « *l'agent pharmacologique »* délivré. En effet, à côté du produit de substitution, le cadre et le soutien psychologique et social forment comme la *« posologie »* requise pour l'efficacité du traitement. Autrement dit, ils bâtissent le contexte optimal d'action de l'agent pharmacologique. De ce point de vue, ils n'ont d'action qu'au sens où ils participent du « *mode d'emploi »* nécessaire à l'efficience optimale du traitement. Une certaine quantité de produit de substitution comme de traitement associé doit être délivré au malade. Le produit de substitution est ainsi précisément dosé, tout comme la quantité de contraintes institutionnelles. Par exemple, en début de traitement, il est nécessaire que l'encadrement institutionnel soit quantitativement fort. Le patient doit se rendre au centre quotidiennement (week-end et jours fériés compris dans le centre B) jusqu'à ce que ses analyses d'urines révèlent trois mois consécutifs d'abstinence. Pratiquement, ce temps d'abstinence est rarement obtenu d'emblée. La venue quotidienne au centre s'étale donc sur plus de trois mois. Au début, le patient doit également rencontrer un psychiatre une fois par semaine et fournir des urines pour des analyses toxicologiques très régulièrement. Ces contraintes sont inhérentes au mode d'emploi du traitement. Le Dr A estime d'ailleurs qu'elle « *n'a pas à se justifier du fait qu'ils viennent tous les jours : ils le savent et ce n'est pas arbitraire. Il faut adapter la posologie du traitement*. » Du coup, si un patient « *voit surtout la contrainte alors que le bénéfice qui va venir lui apparaît moins immédiat, il est important d'augmenter apparemment les contraintes pour augmenter la probabilité que le traitement étant délivré correctement, il en tire un bénéfice »* (Dr M*)*. Le cas échéant, le renforcement de l'encadrement soignant ira de l'accroissement de la fréquence des passages au centre et des entretiens médicaux jusqu'à la proposition ou l'injonction d'une hospitalisation. Une abstinence longue de trois mois est considérée comme le signe d'une rémission en voie de réalisation. Une fois cette abstinence atteinte, les patients obtiennent donc des doses de produit de substitution à emporter.

> *« Au bout de trois mois d'urines négatives, on peut commencer à assouplir le cadre, et ils peuvent commencer à ne pas venir le dimanche par exemple. Ils emportent leur traitement le dimanche. Au bout d'un mois ou deux, si les choses vont toujours très bien, ils peuvent emporter le samedi et le dimanche. Et au bout de quelque temps, même chose (Dr A). »*

Organisé selon les principes de la substitution mis en avant dans la littérature internationale, et bien suivi par les patients, le traitement permet la cessation du trouble comportemental. Malgré tout, la pathologie toxicomanie peut se révéler chronique. Dans ce cas, la prise de substitut peut être requise à vie. A l'appui de cette idée, l'équipe compare la toxicomanie à d'autres pathologies comme le diabète, dont les caractéristiques requièrent une prise de médicament ininterrompue.

Ici, comme dans le modèle psychologique de traitement, l'individu est placé face au système de normes élaboré par les soignants. Le protocole ne cherche pas à promouvoir des changements aux significations civiques ou psychologiques mais cela n'empêche pas que l'individu soit tenu d'entrer dans un rôle de patient attendu et défini par l'équipe. C'est que les conceptions soignantes sont aussi intimement liées à leur mode d'application. Le strict respect du protocole d'interventions élaboré par les soignants est conçu comme consubstantiel à la thérapeutique. Plus le patient se conforme au « mode d'emploi », plus il bénéficie du traitement. Au-delà de son bien fondé, cette logique des soignants renforce leur pouvoir d'autorité. Plus profondément, le contenu des conceptions soignantes relève d'une approche strictement psychiatrique, validée par des arguments empruntés à la neurobiologie. Cela induit une subordination des dimensions psychologiques, sociales et personnelles des situations individuelles à leur dimension médicale. Le malade n'est considéré qu'au travers du prisme de son dysfonctionnement organique. L'individu malade n'existe pas. Pratiquement et idéologiquement, ce type d'approche conduit à l'établissement d'une force de contrainte maximale sur les individus. La mise en arrêt maladie des patients en début de traitement, leur venue quotidienne au centre pendant plusieurs mois, la gestion du traitement par les soignants durant une période non moins longue sont expliquées à partir d'arguments médicaux. Pour autant, elles ne sont pas totalement justifiées médicalement. Ainsi, « la dépendance à une drogue peut être traitée comme une chronicité, elle n'est pourtant pas assimilable au diabète(...)parce que la dépendance résulte d'abord d'une décision de l'individu – recherche de sensations –, ensuite d'un cercle vicieux qui l'amène à ne plus contrôler l'usage de produit – la dépendance –, enfin parce qu'il s'agit d'une question de santé mentale qui ne peut être réduite aux traits d'une maladie somatique » (Ehrenberg, A., 1995). Les

conceptions des soignants opèrent un glissement depuis l'impossibilité d'arrêter de consommer de la drogue jusqu'à la perte de contrôle de l'individu sur l'ensemble de ses comportements. L'individu est peu à peu défini par le fait qu'il ne se contrôle plus. La démarche des soignants vise le traitement d'une conduite compulsive à l'égard de l'héroïne, elle se mue en une direction de l'ensemble des comportements individuels. Ce glissement est directement induit par le regard unilatéralement médical porté sur les individus en traitement.

II.3) Un modèle social de traitement

Avant tout pragmatique, le modèle social de traitement perçoit les toxicomanes sous l'angle de leur rationalité. Le contexte d'urgence sanitaire force à adjoindre les ressources personnelles des usagers aux interventions soignantes. L'heure ne peut être à la considération des psychopathologies individuelles, il faut d'abord protéger ces personnalités éventuellement troublées des risques de mort qui pèsent sur elles. Surtout, l'ensemble des usagers n'est pas forcément victime de trouble psychologique, ou déterminé par un dysfonctionnement neurobiologique. S'il faut concentrer l'action sur les comportements individuels, c'est précisément parce que les usagers peuvent adopter des conduites rationnellement orientées vers la protection de leur santé, à condition qu'on leur en donne les moyens. Des considérations de santé publique commandent le modèle social de traitement, considérations directement induites par la prise en compte des dimensions sociales du phénomène drogue. La drogue n'est rien d'autre qu'une production sociale. Elle n'a rien de cet agent extérieur venu temporairement déstabiliser la société. En conséquence, l'éradication des drogues relève de l'utopie. Il faut apprendre à « *vivre avec*[19] ». D'autant que l'idéal d'éradication et la norme d'abstinence, reviennent à exclure les toxicomanes de la société. Elle leur ôte la jouissance de droits fondamentaux, en particulier celui de bénéficier de soins généraux[20].

[19] Selon le titre du n°62 de la revue Communication 1996.
[20] A la suite de la loi du 31 Décembre 1970, la mise en place de structures spécialisées dans la prise en charge des toxicomanes a eu pour incidences pratiques l'exclusion relative des toxicomanes des systèmes de soins généraux.

Délivrer des produits, une urgence sanitaire

Le modèle social de traitement s'inscrit dans le cadre de la politique de Réduction des Risques adoptée en France à la fin des années 1980. En conséquence, il accorde une place prépondérante aux interventions sanitaires et sociales. Contrairement aux modèles psychologique et médical de traitement, les médecins généralistes y occupent une position dominante face aux psychiatres. Pratiquement, la prise en charge institutionnelle est structurée autour de l'intervention des infirmiers, c'est-à-dire aussi, à partir de la « *distribution*[21] » de produit de substitution. Le temps de délivrance est prépondérant par rapport aux autres interventions, et qualitativement, sa régularité et sa fréquence, le placent au cœur du protocole soignant. Les temps professionnels et les actes recensés montrent une prépondérance de la prise en charge par les médecins généralistes et les infirmiers, face à l'intervention sociale mais surtout psychologique. Cette dernière est, si ce n'est marginale, du moins minoritaire. L'organisation du traitement comme la relation nouée avec les patients sont tout entières commandées par une volonté de rester au plus près des nécessités du terrain. Quelle que soit la situation des individus se présentant au centre, quelle que soit la « solidité[22] » de leur volonté de renoncer aux drogues, les soignants cherchent avant tout à leur permettre l'obtention du produit de substitution. Axé sur le groupe des usagers plus que sur les individualités en souffrance, les soignants ne donnent pas la priorité à un suivi institutionnel global et de longue durée, comme c'est le cas dans le modèle psychologique ou médical. Il s'agit d'offrir une aide de première urgence au plus grand nombre possible de toxicomanes. L'équipe se demande qu'est-ce qu'elle peut « *résoudre en deux trois mois* », et son « *offre* » correspond à cet objectif. Il s'agit « *d'intervenir en situation de crise pour régler les difficultés de départ : Renoncer à l'injection, prendre son traitement régulièrement, disposer d'un critère au moins de stabilité sociale, la sécu, un logement un peu stable et un petit projet* » (directrice du centre).

L'autre dimension du travail de l'équipe consiste en une évaluation des besoins psychosociaux dont la prise en charge, à venir, est préparée dans le centre. Il s'agit de repérer d'éventuels troubles psychopathologiques afin d'orienter le

[21] Selon la terminologie de l'équipe
[22] Solidité qu'il est en pratique impossible à objectiver ou mesurer

patient vers les structures adaptées, et d'organiser des relais avec les services sociaux de secteur afin que le rétablissement de la situation sociale individuelle puisse se poursuivre. Contrairement au modèle psychologique et médical de traitement, la prise en charge de la problématique individuelle n'est pas conçue comme relevant d'une institution spécialisée dans le traitement de la toxicomanie. Les soignants distinguent et hiérarchisent les dimensions parties prenantes de la problématique toxicomaniaque. Seule la dépendance aux drogues relève de « *spécialistes en toxicomanie* ». Le rôle de ce spécialiste est celui d'un « *intervenant en situation de crise, avec l'idée que dès que la personne va mieux, elle va dans les services généraux, médecine générale, services sociaux classiques, voire secteur psychiatrique pour ceux qui ont le plus de difficultés* » (directrice du centre). Le traitement de substitution doit permettre une « *mise entre parenthèse* » de l'impératif de consommation, afin que l'individu puisse se pencher sur ses éventuelles difficultés sociales, somatiques, psychologiques.

L'ensemble des centres de substitution partage un tel objectif mais sa réalisation est ici conçue à partir d'un décloisonnement des prises en charges. C'est le corollaire d'une représentation différentiée de la problématique toxicomaniaque. La dépendance et les difficultés individuelles qui peuvent lui être associées sont conçues comme des problèmes de nature différente. Si la perte de la liberté de consommer peut être considérée comme un comportement pathologique subi par l'individu, c'est la seule difficulté que l'on peut appeler toxicomanie. Les dettes accumulées, la perte de logement, une fragilité psychologique ou même une sérologie positive au virus du Sida, entre autres éléments éventuellement induits par la consommation de drogues, doivent être saisis comme des problèmes à part entière. L'équipe met en avant une volonté de sortir la toxicomanie d'un système de traitement cloisonné en institutions spécialisées. Elle souhaite que les services de santé à disposition de n'importe quel individu souffrant soient ouverts aux toxicomanes.

La mise en œuvre du traitement résulte des choix réalisés par une structure qui se pense comme un « *lieu de passage* » dans lequel « *l'offre de service* » n'est ni globale ni de longue durée. Elle est aussi déterminée par le nombre de patients

accueillis[23], puisqu'il est matériellement impossible à une équipe d'une dizaine d'intervenants d'offrir à tous les patients un accompagnement institutionnel plus large. Non seulement le caractère limité de la « quantité de traitement » proposée, n'hypothèque pas la réalité d'une prise en charge institutionnelle, mais encore, la conception de cette dernière trace les contours d'un modèle de soins à part entière.

Négocier le traitement

Les toxicomanes sont considérés comme des individus *a priori* à même d'être les acteurs de leur vie. Ils peuvent donc aussi être partie prenante de leur évolution en traitement. Les intervenants s'adressent ici à des « êtres sociaux » dont la « particularité » est de consommer des drogues. La relation est conçue sur le mode d'une collaboration égalitaire. Les compétences de chaque partie – soignants, intervenants sociaux, toxicomanes – divergent par nature, mais elles disposent d'une même légitimité et sont mises en jeu de manière complémentaire dans le travail de sortie de la toxicomanie. L'intervention consiste à fournir à chacun les moyens de sa sortie. L'équipe construit donc son rapport aux patients autour d'une volonté d'adaptation à leurs situations comme à leurs demandes. Son intervention est avant tout conçue comme un ensemble de services « *à disposition* ». Son offre repose sur la demande des patients. Chacun des intervenants se met en position d'être « *utilisé* » par le patient au moment où il en ressent la nécessité. La relation nouée se dessine sur le mode d'une association temporaire entre deux parties plutôt que sur celui d'une rencontre affectivement chargée entre un patient et ses soignants. Ce positionnement n'exclut pas toute exigence. Cependant, celles-ci sont pensées comme, *a priori* et pour la plupart, ouvertes à la négociation. La directrice précise que « *tout* » n'est peut-être pas négociable, mais « *les doses et la fréquence des passages au centre* », soit « *les deux éléments principaux de la distribution* » sont négociables. Il s'agit en effet d'emporter l'adhésion du patient sur les exigences présentées tout en adaptant le traitement au plus près des situations particulières. « Le traitement est l'objet d'une négociation continue qui ne se limite pas aux effets somatiques du médicament, elle doit déterminer les objectifs du traitement. Le choix de consommer des drogues comme le choix du mode de vie

[23] Au moment où nous sommes passés dans les trois institutions, Le centre A suivaient 87 patients, le centre B 53 et le centre C, 350.

relèvent de l'usager. L'adaptation du traitement au patient est fonction d'une connaissance scientifique des effets des produits, médicaments et drogues, tandis que la négociation exige du médecin qu'il mette en balance ce qui est souhaitable et ce qui est possible, en fonction de ce que veut son patient et de ce qu'il vit » (Coppel, A., 2002, p. 323).

Contrairement aux deux autres modèles de traitement, l'individu est donc ici installé non pas hors du système soignant mais bien à l'intérieur. Du moins, la volonté affichée consiste à intégrer le patient au protocole soignant. L'individu n'est pas mis face à des règles définissant ex-ante et indépendamment de lui l'efficience optimale du programme. Il est sollicité pour son appréciation de ces règles. Le déroulement du traitement suit un processus d'ajustement réciproque dans lequel les normes de comportement, de même que les actions de chacun, ne déclinent pas un programme conçu *a priori*. Les interventions se modèlent autour de règles « émergentes » nées de l'interaction entre le cadre initial et la spécificité individuelle. Par exemple, les interventions médico-sociales se font de manière négociée à partir de l'interaction entre la demande du patient et le souhait de l'équipe. Celle-ci attend une demande plutôt que de se montrer interventionniste, propose un entretien et négocie une de ses exigences, plutôt que de les imposer. Cette volonté d'adaptation se traduit dans l'organisation du travail. Les membres de l'équipe choisissent souvent d'être présents dans la salle de distribution plutôt que d'imposer à l'avance un entretien dans leur bureau. La délivrance du produit de substitution ne se déroule pas dans le cadre d'un face à face patient/infirmier, un médecin, l'assistante sociale participent à ce moment clé de la prise en charge. Chaque patient dispose d'un médecin de référence et chaque intervenant est légitimement désigné pour prendre en charge les dimensions du traitement associées à sa fonction : « *les infirmiers distribuent et accompagnent, les accueillants accueillent, les médecins prescrivent et assurent le suivi médical, l'assistante sociale, assure le suivi social » (*directrice). Pourtant, dans la pratique, l'ensemble des interventions est souvent organisée à partir du soignant avec lequel le patient aura éventuellement « *accroché* ». Le choix du patient modèle dans ce cas une configuration particulière des interventions. L'intervenant devenu référent, médiatise l'ensemble des demandes individuelles avant de répartir leur mise en œuvre entre les membres compétents.

Cette organisation du travail n'a rien d'inédit dans la mesure où les intervenants de nombreuses structures médicales travaillent, en réalité, de la même manière. Par exemple, les infirmières sont coutumières d'informations données par le patient qui relèvent des compétences du médecin. Souvent, elles deviennent le référent réel du patient à la place du médecin. Pour autant, cela consiste en un fonctionnement de fait, là où l'équipe du modèle social de traitement adopte, par principe, une démarche qui donne au choix du patient la priorité sur l'organisation du traitement. La volonté d'emporter l'adhésion du patient donne lieu à des processus de négociations continus. Cela dit, c'est là un idéal qui n'est pas toujours envisageable. A l'extrême, c'est-à-dire quand la négociation ne peut même pas être amorcée, les interventions soignantes se soldent par le maintien d'une disponibilité en retrait. Par exemple, dans le centre C aucune sanction ou arrêt de la prise en charge ne sont envisagés concernant un patient bénéficiant de manière minimale du programme, c'est-à-dire manifestement « *défoncé* » et assoupi dans la salle d'accueil, peu respectueux des horaires de passage au centre et qui ne parle à aucun membre de l'équipe. Si l'individu se montre ainsi dans l'incapacité de réduire sa consommation de toxiques, l'équipe révise à la baisse sa dose de produit de substitution pour éviter tout risque d'overdose, mais continue de l'accueillir afin de limiter les dangers inhérents à son parcours chaotique. L'attitude retrouve ici les principes de base du mouvement de Réduction Des Risques : maintenir un lien avec un toxicomane en errance permet de préparer son entrée effective dans le soin. Surtout, tant que l'individu n'est pas disposé à abandonner sa consommation de drogues, il faut au moins lui assurer les conditions d'une pratique sûre. La plupart du temps, la négociation est réelle et la volonté d'emporter l'adhésion du patient engage l'équipe dans un processus de remise en question chaque fois que la négociation achoppe. La non congruence entre les objectifs soignants et les conduites individuelles entraîne moins un système de sanctions correctrices qu'une révision du contrat établi. Pratiquement, l'équipe s'interroge donc d'abord sur son intervention avant d'incriminer une mauvaise volonté individuelle en cas d'échec ou de difficultés manifestes de la prise en charge. Il ne s'agit pas d'inférer de cela que les pratiques soignantes s'écartent de principes thérapeutiques au gré de la contingence des comportements individuels. L'image sous-jacente dévoile plutôt une volonté d'entretenir une certaine distance par rapport à un programme de soins

nécessairement inadapté, dans sa généralité, aux spécificités individuelles. Quand la volonté de participation mutuelle au traitement peut se matérialiser, la relation soignant/patient s'inscrit dans un modèle de guidance/coopération. Mais il arrive que l'équipe perde les moyens de sa guidance, en particulier quand elle maintient à l'extrême une volonté d'adaptation au patient. Dans ce cas une certaine confusion peut régner dans l'enceinte du centre, individus comme soignants se laissant prendre dans une agitation brouillonne, courant les uns après les autres afin d'obtenir ou de donner une consultation.

Au total, les positionnements généraux adoptés à l'égard de la toxicomanie reposent sur des arguments de santé publique qui organisent en retour l'offre de soins délivrés. L'idéal porté par ce modèle de traitement n'est pas celui d'un « règlement du problème ». Il est sous-tendu par une norme de mesure ou « réglage » qui intime de donner au plus grand nombre possible d'usagers de drogues, les moyens de leur protection face aux risques inhérents à leurs pratiques.

Conclusion partielle

Les trois modèles reposent sur une interprétation propre de la toxicomanie. Elle définit les objectifs principaux et l'organisation du traitement. Elle commande également le type de relation instaurée avec les patients.

Le « répertoire d'arguments[24] » du modèle psychologique de traitement use de référents empruntés aux paradigmes psychanalytiques ou psychologiques. L'attention se concentre sur « *la relation morbide entretenue par un sujet avec un produit* » (Dr G). Le modèle médical de traitement déploie une idéologie commandée par des catégories psychiatriques appuyées sur les postulats de la neurobiologie. Le toxicomane souffre d'un comportement pathologique lié à un trouble psychiatrique. Le modèle social de traitement privilégie des arguments de santé publique. Il se concentre sur les risques encourus par le groupe des usagers de drogues.

Chacune des idéologies soignantes donne lieu à un contexte de soin particulier. Mais elles ne recouvrent pas le sens que les individus attribuent au traitement. L'individu n'est pas dépourvu de toute aptitude à l'autonomie. Il est au fait de ses intérêts et peut retrouver une capacité relationnelle ne serait-ce que parce

[24] De Munck, J., 1996, op.cit

qu'il désire redevenir digne d'estime et de sollicitude. A l'aptitude à l'autonomie, le modèle psychologique oppose une anomie personnelle. L'individu ne peut pas être aidé à recouvrer le sens de l'autonomie, ce sens doit lui être « appris » par les soignants. L'encadrement d'un individu psychologiquement perturbé concentre l'attention des soignants. Dans le modèle médical, l'individu s'efface devant la maladie. Elle, est objet d'observation et de raisonnement, le sujet se réduit ici au site d'un désordre biologique. Entièrement pris dans un dysfonctionnement organique, l'individu en est à ce point écrasé que sa personne disparaît. Du moins, les soignants s'attachent aux données comportementales de la pathologie toxicomanie reléguant les individus au rang de non-sujets. Les patients du modèle social de traitement sont des êtres sociaux en danger. Ce modèle accorde la primauté au groupe sur l'individu. Les toxicomanes encourent des risques sanitaires et sociaux dont ils ont la capacité de se protéger à condition qu'on leur en donne les moyens. L'urgence commande les interventions soignantes. Une telle orientation de l'action parle au collectif plus qu'à l'individu.

Le produit de substitution, l'accompagnement médical, psychologique et social, l'encadrement institutionnel, constituent le contenu du traitement dans tous les centres, chez chaque médecin généraliste. Cela dit, au sein de chaque modèle de traitement, l'interprétation et l'utilisation des éléments de ce triptyque varient. La relation entre le sujet et les tenants de sa transformation comportementale et psychologique domine dans le modèle psychologique. Les remèdes prodigués contre la maladie, la médication, priment dans le modèle médical. Le modèle social se fonde avant tout sur une infrastructure offrant une aide de première urgence diversifiée. Les idéologies différenciées, la nature des relations instituées avec les patients et l'organisation particulière du traitement ne déterminent pas totalement l'expérience individuelle. Au contraire, quel que soit le cadre de son traitement, l'individu s'oriente et agit en fonction de déterminants extérieurs aux catégories des soignants.

III) Les invariants de l'expérience

Empiriquement, nous ne pouvons pas ramener la variabilité des expériences individuelles au contexte de soin dans lequel chaque personne rencontrée est suivie. Trois types d'invariants apparaissent et constituent les éléments significatifs de l'expérience du traitement.

III.1) Une pluralité de logique d'action

Les trois logiques d'action décrites, d'adhésion, d'utilisation ou de soumission ont été isolées pour les besoins de l'analyse. Mais il est rare qu'une seule logique définisse totalement la conduite d'un individu. L'adhésion dépendante, l'utilisation critique ou la soumission révoltée, constituent une tendance dominante dans un comportement qui emprunte au moins l'une des deux autres logiques. Quel que soit le contexte de soin, la relation entretenue au produit, à la présence soignante et au lieu n'est donc ni univoque, ni définitive mais bien plutôt multiple et mouvante.

A propos de l'ensemble du programme, Matthieu décline d'un seul tenant sa reconnaissance et son indignation. Il ne court plus après « *n'importe quoi* », il a abandonné *« la facilité de la came* » pour se consacrer aux « *plaisirs simples de la vie* ». A ses yeux, la méthadone, la rigidité perspicace des soignants lui ont permis de dire « *fuck à tout ça ! fuck les camés, fuck la dope*. » En particulier, la relation nouée avec Yasmine son infirmière lui a permis de « *se retrouver, de s'asseoir en face d'une glace et de se voir*. » Pour autant, il enrage contre un produit qu'il ingère malgré lui, contre des soignants qu'il juge indifférents à ses difficultés sociales, contre tout ce qui le conforte et l'abandonne dans une position d'assisté.

> « *C'est vrai, avec la méthadone je n'ai plus à courir. C'est le truc que ça m'apporte, que ça m'a apporté un peu malgré moi quand même (...) C'est comme le R.M.I tous ces trucs là. OK c'est bien j'en profite aussi, bien sûr. Mais je trouve ça dégueulasse. On te donne ça alors après tu te démerdes ! Ça conforte les gens dans un truc qui est mauvais pour eux, malsain. Ça m'empêche de vivre ma vie normalement (...) Eux, c'est la méthadone et après ils t'écoutent, c'est tout(Matthieu). »*

Eric est entré au centre par « *un cycle obligatoire* ». Il n'est pas satisfait de la méthadone et « *s'embrouille »* avec son médecin parce que ce dernier ne veut pas comprendre qu'il veuille *« être cassé tout en se soignant*. » Il trouve les infirmiers « *chiants* » parce qu'ils ne lui accordent qu'une dose minimale de méthadone. Certes, il ne ressent plus de manque mais sa posologie ne lui permet pas d'être en pleine forme : « *je suis apte c'est tout. Je peux faire ma journée mais il ne faut pas m'en demander plus*. » Il veut en outre « *faire son traitement tout seul* » enlever cette « *dépendance* » sans pour autant renoncer au plaisir qu'il aime. Du coup, il choisit de taire son envie *« d'être cassé* », maintient des contacts avec « *des médecins véreux* » dont il est sûr qu'ils lui donneront « *tout ce qu'il veut en cas de besoin*. » Mais, pour utilitariste qu'elle soit, sa démarche emprunte aussi à la logique d'adhésion. Il se laisse en effet « *remettre en place* » et « *supporte* » la dose « *accordée* », parce qu'il est « *poli* », parce qu'ils « *ont raison d'être durs avec lui* », parce qu'un véritable médecin à ses yeux n'est pas celui, « *véreux* », qui va lui donner tout ce qu'il veut. C'est plus sûrement celui « *qui ne va pas se faire avoir*. »

Aux yeux de Dorothée, les soignants participent beaucoup de son « *mieux être* » parce qu'ils lui donnent le sentiment d'exister. Même, elle dit d'une infirmière « *qu'elle est presque comme sa grand-mère* », sa seule présence la « *réchauffe* » et lui « *fait du bien*. » Pourtant, quand elle évoque ses difficultés sociales, plus rien ne résiste à son sentiment d'exclusion, et les soignants deviennent ceux « *qui ne la regardent même pas* », qui « *n'en ont rien à foutre* » ou doivent juger qu'elle n'est pas assez malade pour être aidée. Baptiste est réfractaire à toute forme de soutien que pourraient lui apporter les soignants. Il dit vouloir venir, prendre son produit et « *se casser* ». Il ne veut pas parler, ne veut même pas « *qu'on le soigne* », encore moins que l'équipe du centre le soigne. Pourtant, il assiste chaque semaine au groupe de parole mis en place pour les patients et animé par une psychologue stagiaire.

Il est difficile d'éclairer cette multiplicité de positionnement individuel en la ramenant à l'offre objective de soins. Un même élément du programme a ainsi pu être défendu depuis le pôle de d'adhésion, critiqué depuis le pôle d'intérêts ou décrié depuis le pôle de domination par la même personne au cours de l'entretien. Les différences séparant les diverses thérapeutiques emportent une même diversité de perceptions. Les individus se distinguent en fonction de ce qu'ils valorisent ou

pas, utilisent ou pas, ont le sentiment de subir ou pas. Mais leur conduite n'est pas directement corrélée à l'objectivité de ce qui leur est proposé ou imposé dans le centre ou par leur médecin prescripteur.

Une indépendance relative face aux modèles de traitement

On pourrait s'attendre à ce que l'expérience des individus soit commandée avant tout par la relation, le produit ou le lieu, selon qu'ils sont suivis dans l'un des trois modèles de traitement. Or, il n'en est rien. Sofian est en traitement dans le centre C, Hélène dans le centre B. Pour tous les deux, la relation est l'élément dominant leur expérience du traitement, l'adhésion dépendante est prépondérante dans leurs conduites. L'expérience de David, patient du centre C, se construit essentiellement autour du produit. Il perçoit « *sa toxicomanie* » à partir du registre de signification médical. Il souffre d'une déficience biologique que le produit de substitution rééquilibre.

Les deux seuils de contraintes objectivement différents mis en œuvre dans le centre B et le centre C suscitent une égale adhésion ou déchaînent la même rage. Dans les deux cas, toutes les positions sont défendues depuis un plein assentiment donné à des exigences totalement justifiées, jusqu'au rejet d'un « *flicage* » intolérable. Parmi les dimensions de l'intervention soignante, David a particulièrement apprécié « *leur rigidité : ils sont sévères c'est important*. » A ses yeux, cela tient au fait « *qu'ils ferment leur porte à clé chaque fois qu'ils quittent leur bureau*. » Marine a du renoncer à ses démarches pour trouver un emploi, incompatibles avec l'obligation de se rendre quotidiennement au centre B pendant plusieurs mois. De son point de vue, « *l'insertion est tout aussi importante que le traitement*. » Du coup, elle en a voulu aux soignants pour leurs exigences à ce point fortes qu'elles écrasaient ses aspirations personnelles.

> « *Eux c'était : si votre boulot ne convient pas, changez de boulot. La méthadone c'est plus important que votre boulot(...)Il faut venir tous les jours c'est la règle* (Marine). »

A présent, Marine continue de critiquer le point de vue des soignants mais se dit aussi qu'une prise en charge si intensive « *c'est peut-être fait exprès et ce n'est pas plus mal parce que quand tu arrêtes la dope ta vie est vide*. » L'obligation de se

rendre au centre prend dès lors les traits d'une occupation quotidienne bienvenue. Baptiste – centre C – vient trois fois par semaine, n'est tenu à aucun entretien, mais il parle d'une domination insupportable. Carmen – centre B – se doit de venir tous les jours, elle « *trouve ça très bien.* »

Par ailleurs, qu'une intervention psychologique soit effectivement mise en œuvre au moyen d'entretiens hebdomadaires avec un psychiatre, ou bien laissée à l'observance d'un intervenant non spécialiste, les perceptions défendues par les individus empruntent les mêmes arguments, depuis la reconnaissance d'un soutien moral jusqu'au dénigrement de tout suivi. Joël – centre A – va voir son psychiatre toutes les semaines sans y voir la concrétisation du soutien psychologique dont il a parfois besoin.

> « *Tous les lundis il faut que tu viennes. C'est emmerdant, c'est lourd. Parce qu'il y a des jours où tu as envie de parler et ce n'est pas le jour du rendez-vous. Des fois où tu n'as pas envie de parler et tu es obligé d'y aller (Lionnel).* »

Toutefois, Joël s'adresse à son psychiatre quand « *il ne se sent pas bien.* » Mais l'aide attendue n'est ni donnée, ni garantie par la fonction de ce dernier. Il sollicite alors « *quelqu'un qui ne prend pas de came ».* Parce que *« quand tu ne te sens pas bien comme ça, il vaut mieux éviter d'en parler à des amis qui prennent de la came parce que ça risque d'être dangereux.* » Aux yeux de Matthieu (centre A), Yasmine incarne le soutien psychologique qu'il trouve dans le centre. Cela tient à la fois à la personnalité de son infirmière et au fait qu'elle non plus ne prend pas de came. En revanche, il n'a ni estime ni confiance en son psychiatre qu'il trouve indifférent et méprisant. Sofian a beaucoup parlé à son médecin généraliste et il lui est important de le voir régulièrement. Son médecin le connaît et « *cet oeil posé sur lui* » satisfait à ses attentes initiales d'un « *soutien de quelqu'un dans un centre ou quelqu'un ailleurs*. »

Dans leur diversité, les individus empruntent les mêmes types de positions ou de jugements à l'égard du traitement, et ce, qu'ils soient pris en charge dans le modèle psychologique, médical ou social. Une telle unité de représentations entre les divers groupes de patients montre que les déterminants de leur évolution sont non pas indépendants, mais plus larges que l'offre de soins telle qu'elle est conçue

par les divers intervenants. Ces déterminants sont en partie issus de catégories de jugement qui leur sont propres.

Pour tous les individus, le traitement est unanimement défini comme la délivrance d'un produit dans le cadre d'un cabinet de médecine générale ou d'une institution spécialisée. Une telle représentation est apparemment simple et évidente. Elle revêt pourtant un registre de signification propre aux individus. Le produit de substitution, conçu comme une drogue qui n'en est pas une, est placé au cœur de la vision du traitement. Les individus ont avant tout ingéré un produit qui les a délivrés d'une situation et de souffrances devenues invivables. Des personnes chaleureuses, compétentes ou désignées ont accompagné ce changement qui s'est inscrit de force ou de fait dans un cadre réglementaire précis. Pour eux comme pour les soignants, le traitement s'organise autour du triptyque relation/médication/lieu de soins. Mais quel que soit leur médecin prescripteur ou leur centre de traitement, la perception qu'ils reportent sur chacun des éléments de ce triptyque est indépendante des conceptions soignantes. Elle repose sur des catégories d'appréciation personnelles.

III.2) « L'héritage toxicomaniaque »

La similitude des expériences du traitement est liée au fait que les individus suivent des logiques en partie informées par leur expérience passée. La toxicomanie de chacun n'est pas uniquement synonyme d'écrasement et de dépendance. Le fait même que les individus entrent en traitement témoigne d'une capacité d'action (ou réaction) allant contre l'idée d'un asservissement total, auquel seule la mort saurait mettre fin. Partant de là, leur participation au traitement de substitution dans un cadre médical qui est aussi « hétéro-contrôle » (Catel, R, *et al.*, 1992) n'écrase pas leur capacité à mettre en œuvre des contrôles personnels. Cette participation est en partie analogue aux comportements d'acteurs ordinaires engagés dans le fonctionnement d'une organisation. Même s'ils subissent une dépendance multiforme, les individus disposent d'une marge de liberté d'action et de jugement qu'ils mettent en jeu dans la menée de leur traitement. Surtout, une partie de l'expérience toxicomaniaque se constitue en ressources sur lesquelles l'individu s'appuie pour fonder son autonomie, si minime soit-elle. En regard du traitement de substitution, les trois types de conduites et de positionnements décrits relèvent de

« l'héritage toxicomaniaque ». Ils sont tout à la fois l'expression et la continuation d'une démarche de subjectivation amorcée quand l'individu réalise l'échec de sa toxicomanie.

Les produits comme médiateurs de la connaissance de soi

Tout au long de la toxicomanie, l'individu acquiert une connaissance de son corps à partir des sensations et réactions de celui-ci à l'action de multiples substances. Cette connaissance physique est aussi une connaissance de soi. Elle guide son appréciation du traitement et oriente ses conduites. Par exemple, nombre de personnes rencontrées considèrent le produit de substitution comme leur voie de sortie. Soit parce que les décroches antérieures ont révélé l'impossibilité d'en sortir « sans rien » – « *on sait toujours ce dont on a besoin je crois… Un produit de substitution, oui, c'était bien clair dans ma tête* » (Sofian) –, soit parce que l'individu connaît déjà ce produit, pour l'avoir utilisé dans une démarche d'autosubstitution.

> *« J'avais remarqué que les seules fois où je me sentais moins déprimé et un peu plus tonique, c'est quand je prenais de la méthadone qu'on me filait à droite ou à gauche (Simon). »*

Souvent, ce que l'individu a entendu à propos du produit de substitution de la bouche d'autres toxicomanes, ou encore ce qu'il a vu de toxicomanes en traitement, conforte ses attentes *: « on en parle entre tox, donc je savais de quoi il s'agissait » (Dorothée).* Laetitia a pu constater « *d'elle-même* ». Elle a vu des « *potes »* qu'elle avait connus « *junkis finis* » et « *là, sous méthadone* », ils ne prenaient plus de « *came* ». Ça l'a « *vachement étonnée*. » Elle s'est dit que « *forcément ça devait être bien. Forcément, ça devait pouvoir arriver à quelque chose. »*

C'est donc sur un savoir accumulé à des fins toxicomaniaques ou pendant la trajectoire que l'individu se fonde pour évaluer la valeur du produit de substitution. Ceux qui n'ont jamais ingéré de méthadone ou de subutex pendant leur toxicomanie soumettent le produit à l'examen des effets ressentis. Leur appréciation est alors directement codifiée par les connaissances des réactions de leur corps à diverses substances, et guidée par les informations entendues auparavant dans « *le milieu* ».

> *« On m'a dit que ça enlevait le manque, que l'envie de shooter n'était plus présente et ça je le constate. Maintenant, je peux dire que c'est vrai* (Thomas). »

C'est aussi le sens qu'il faut donner à certaines prises de drogues directement consécutives à la première ingestion de méthadone. Celles, par lesquelles l'individu « *vérifie* » dans son corps que « *ça marche* », qu'il ne sent plus rien, qu'on ne lui a pas menti.

> « *La première fois que j'en ai pris, j'ai fait un fix d'héroïne par-dessus, et c'est vrai que, de moi-même, je n'ai rien senti... Il ne me restait plus après qu'à garder au moins mon argent et puis continuer à vivre normalement, en prenant tous les matins ma petite dose de méthadone (*Benoît*). »*

Si l'individu ne se fie qu'à lui-même pour juger le produit, c'est parce qu'il n'a pas les mêmes références que les soignants, mais aussi, parfois, parce qu'il a émoussé la confiance accordée à ceux qui n'entrent pas dans ses catégories de jugement.

> *« Je veux qu'on soit franc avec moi. Quand je ne connais pas, je veux qu'on m'explique clairement par A + B quel est l'effet de ce qu'on me propose, de combien ça va diminuer le manque. J'ai déjà eu affaire à du personnel médical qui masquait la vérité pour me rassurer, qui me disait qu'avec ce qu'ils me donnaient je n'allais plus sentir le manque. Déjà, c'est me prendre pour un con parce que si leur truc avait vraiment cet effet là, ça se saurait. En fait, ils voulaient me rassurer. Mais j'en ai rien à foutre qu'on me mente pour me rassurer ou pour mon bien, parce que moi, ce que je veux, savoir c'est contre quoi et combien je vais devoir me battre(...)La différence avec la méthadone, c'est que là, on ne m'a pas menti sur les effets. Ma confiance n'a pas été trahie (Thierry). »*

Désir de reconnaissance et refus du stigmate

Tout ce qui, dans la démarche individuelle, s'apparente à un investissement affectif fait écho au sentiment de solitude creusé pendant la trajectoire, au stigmate intériorisé mais aussi au désir d'un réengagement dans des relations. C'est en ce sens que l'on peut comprendre l'importance prise pour certains par la relation nouée

avec un soignant particulier. Cette dernière remplit une demande de présence et d'écoute pour soi d'autant plus forte que les sentiments individuels sont à la fragilité ou à l'isolement. Aux yeux de l'individu, les échanges avec une personne étrangère au « *milieu de la came* » participent aussi de la démarche de rupture amorcée. Si la relation n'est pas médicalement connotée, c'est en partie parce que l'individu souhaite être vu, non pas comme un toxicomane qui aurait besoin d'un suivi psychologique, mais bien comme une personne à part entière, capable d'apprécier un échange avec « *quelqu'un d'intéressant* ». Symétriquement, tout ce qui rappelle sa toxicomanie est vertement décrié. La sollicitation[25] dont il fait l'objet peut avoir cet effet de rappel sur lui et être par là même rejetée. Le suivi médico-social, le contrôle des consommations au moyen d'analyses d'urine, la surveillance de « l'état » de l'individu au moyen d'entretiens ou de discussions, tout cela est bien évidemment inhérent au traitement et attendu des patients. Pour autant, c'est aussi paradoxalement ce qui rappelle à l'individu qu'il est toxicomane. Dès lors, cela même qu'il estime constituer une aide fondamentale est souvent réprouvé. L'attitude individuelle est liée à l'intériorisation du stigmate, elle tient aussi au fait que l'individu a souvent été concrètement discriminé du fait de sa toxicomanie par du personnel soignant. Ses accès de révolte à l'égard d'autrui expriment alors combien il veut se démarquer d'une identité attribuée dans laquelle il ne se reconnaît pas. Ils sont significatifs du travail de détachement de cette identité de toxicomane porté par la présence du sujet à l'intérieur de soi.

> « *J'ai envie qu'ils me voient comme Loïc c'est tout. Je sais que si je suis là, ça veut dire que j'ai un problème de toxicomanie. On peut dire aussi que je suis encore toxico parce que je prends de la méthadone mais...Je n'ai pas envie d'être ça, je n'ai pas envie qu'on me rapporte à ça (*Loïc). »

Tout ce qui pousse l'individu à adopter une posture réfractaire et d'incrimination, peut être compris comme une volonté de subjectivation face à la stigmatisation subie et intériorisée. Les individus sont en effet concrètement soumis au pouvoir d'autorité des soignants. Dans l'incrimination, ils tiennent à distance un

[25] Sollicitation qui passe par les tests ou informations recueillis au début et en cours de traitement pour les besoins d'une évaluation de l'efficacité du traitement mais aussi par la présence temporaire mais fréquente de stagiaires psychologues, éducateurs, assistants sociaux ou chercheurs !

pouvoir de fait exercé sur eux. Leurs explosions de violence verbale témoignent ou forgent leur capacité d'affirmation personnelle. Parler « d'aliénation » ou de domination éhontée c'est « battre le système » (Crozier, M., Friedberg, E., 1977) et par là même s'affirmer contre le système. Un tel positionnement est aussi commandé par « l'héritage toxicomaniaque » au sens où l'inégalité de position par rapport aux soignants actualise parfois le souvenir d'une discrimination vécue. Baptiste garde en mémoire des contacts avec du personnel médical dégradants parce que trop « fliqués ».

> *« C'était hyper fliqué, je n'ai pas pu tenir. Vous y alliez tous les jours, vous étiez dans une petite salle avec une infirmière et il n'y avait même pas de porte pour vous isoler quand vous uriniez. Pratiquement, vous uriniez devant l'infirmière. Je trouve ça vraiment humiliant au possible ! Je ne pouvais pas supporter(Baptiste). »*

Dès lors, Baptiste ne saurait se soumettre à certaines contraintes posées par les soignants sans y voir le signe d'un pouvoir exercé sur un « sale toxico ».

III.3) Une rationalité confortée par la toxicomanie

Souvent, la trajectoire dans la toxicomanie a été ponctuée de multiples tentatives de décroches, rythmée par les contacts avec des intervenants spécialistes ou non, appartenant au monde médical ou non. Tout cela a permis à l'individu d'accumuler un véritable savoir sur les possibilités d'en sortir, sur le fonctionnement de structures variées ou sur les représentations de personnels non moins variés. Dès lors, pour le dire simplement, au moment de l'entrée dans le programme, l'individu se connaît et sait ce qu'il veut. Nombre d'intervenants soulignent d'ailleurs que les toxicomanes ont cela de particulier qu'ils font eux-mêmes leur diagnostic, énumèrent seuls le contenu à donner à leur ordonnance, à leur prise en charge.

> *« Quand j'allais voir un médecin pour décrocher j'étais obligé de dire : je vous préviens ce n'est pas la peine de me donner du diantalvic, ça ne réussira pas. Il me disait : c'est moi le médecin / oui, mais désolé, moi aussi quelque part je suis médecin, je suis même chimiste à la limite. Et quand je lui disais exactement ce qu'il me*

fallait : oulala ! Mais c'est le tableau B[26]ça, je ne peux pas. Alors je partais. Ma femme essayait de me faire rester mais je lui disais : mais tu ne vois pas que c'est un tocard ! Je veux décrocher il me donne du pipi de chat. Il n'y connaît rien sur les tox ! (Kalil) »

Il faut considérer cette connaissance de soi positivement puisqu'elle se constitue en un savoir directement mobilisé au moment de la sortie pour apprécier l'efficace des moyens mis en œuvre par les intervenants sollicités. Dans le cadre du traitement, cette rationalité individuelle guidée par « l'héritage toxicomaniaque » joue un rôle important dans le processus de sortie de la toxicomanie.

En plus de juger le produit à l'aune de critères hérités de sa trajectoire dans la toxicomanie, l'individu use aussi de bon sens dans son évaluation. La forme de celui-ci[27] comme sa durée d'action font partie des éléments invoqués pour expliquer tout l'intérêt que « *ce* » produit assure en vue de l'arrêt de la consommation de drogues. Thomas savait qu'il ne pourrait pas « *shooter la méthadone puisque c'est un sirop*. » C'était pour lui déterminant parce que « *à force de te faire des trous dans le bras tu en as marre. Avec plus ou moins les risques de sida, ça nous persuade d'arrêter. »* Benoît fait la comparaison. Il constate qu'une dose de méthadone « *le tient* » pendant 36 heures. Par contraste, « *l'héroïne c'est une ou deux heures, après il faut s'en refaire un*. » Il trouve ça « *appréciable*. *On n'est pas obligé de courir après. »*

La force d'attraction ou d'attachement au produit tient au fait que « *ça marche* ». Le succès renvoie directement à des catégories d'appréciation toxicomaniaques au sens où elles ont été forgées pendant la trajectoire, au cœur de l'expérience. La méthadone ou le subutex s'avèrent être les seuls produits qui n'agissent pas comme une défonce, dont les effets sont suffisamment puissants pour bloquer ceux de la défonce et protéger de l'envie de défonce. Par ailleurs, tout ce qui, dans la conduite de chacun, relève d'une utilisation, au sens strict, des

[26] La classification juridique française des substances vénéneuses comprend trois catégories : le tableau A recense les substances « toxiques », le tableau B, celles qualifiées de « stupéfiants », le tableau C regroupe les substances « dangereuses ». Cette division repose sur un décret datant de 1916 modernisé en 1988. Pour une analyse de la dimension juridique de la drogue, voir Caballero, F., *Droit de la drogue*, Dalloz, 1989.

[27] La méthadone en particulier peut se présenter sous trois formes : liquide injectable, cachet, ou sirop ce qui rend l'injection impossible, le principe actif ne pouvant pas être extrait. C'est sous cette forme sirupeuse qu'elle est prescrite en France. En Angleterre ou en Suisse par exemple, les deux autres formes de méthadone sont utilisées dans un cadre thérapeutique de maintenance ou de sevrage.

constituants du traitement renvoie aux aptitudes stratégiques d'un acteur à même de saisir les opportunités qui lui sont offertes, de jouer avec la marge de liberté que lui laisse le cadre du protocole. Les stratégies individuelles se fondent sur les compétences acquises au contact de multiples institutions ou intervenants en toxicomanie mais aussi au mode de comportement à l'œuvre dans les mondes de la drogue. C'est encore une ressource héritée de leur parcours dans la toxicomanie. L'individu est au fait de ce qui lui est nécessaire pour se dégager de sa dépendance. Il opère des choix dans l'offre de soins. Laetitia estime qu'elle n'a pas besoin de suivi psychothérapeutique. Thomas explique que s'il avait jugé un tel soutien utile « *il y a longtemps qu'il se serait lancé dans une psychothérapie* », il n'aurait pas « *attendu d'être dans un centre méthadone pour cela.* » Certains n'accordent d'ailleurs pas de spécificités particulières aux membres de l'équipe du centre méthadone. Mis à part le produit, il n'est rien qui distingue à leurs yeux cette prise en charge d'une autre. Joël dort dans une structure d'accueil pour toxicomanes et ne fait pas de différence entre les intervenants de son foyer et l'équipe du centre : « *c'est pareil, les éducateurs là-bas, ils sont exactement pareils avec moi.* »

Conclusion

Le traitement exerce une influence tout à fait fondamentale dans le processus de sortie dans la mesure où il fournit aux individus un produit, une assistance médicale, psychologique et sociale et un cadre structurant le mode de vie comme l'équilibre psychologique. Cela dit, ce ne sont ni les idéologies soignantes, ni leur traduction dans l'organisation du traitement qui sont significatives pour comprendre l'expérience individuelle et la diversité des conduites adoptées. Les individus suivent une rationalité guidée par les enseignements de la toxicomanie. Les règles du traitement ou les prescriptions des soignants ne déterminent pas totalement leurs comportements. Les individus s'appuient sur le cadre médical sans pour autant véritablement adopter une conduite de malade telle qu'elle est conçue par les soignants. Ils ne se laissent pas non plus totalement définir sur la base des interprétations de la toxicomanie, du traitement ou de leur personne produites par les soignants. Ils ne se reconnaissent pas dans ces définitions d'eux-mêmes. En tout cas, elles ne constituent pas un facteur d'identité dominant. Là où les individus

entrent dans les catégories soignantes c'est sur le mode de l'adhésion dépendante. Cela tient à la relation nouée avec le personnel soignant. Il n'y a pas pour autant identification totale aux conceptions défendues par ces derniers.

L'expérience individuelle n'est jamais structurée autour d'une seule logique. Les individus suivent au moins l'une des deux autres logiques. Et quel que soit le contexte de soin ils agissent « invariablement » selon les trois logiques décrites. C'est que le cadre du traitement participe de leur évolution sans pour autant que cette évolution repose sur la seule action externe du traitement. L'expérience de sortie de la toxicomanie ne débute pas avec le traitement. Les individus l'abordent avec des ressources et des dispositions acquises tout au long de leur toxicomanie. Les compétences acquises pour consommer des drogues ainsi que l'ensemble des dispositions liées à leur identité sociale de toxicomane comptent parmi ces ressources.

Le traitement de substitution et ses divers types d'organisation forment l'un des cadres partie prenante de l'expérience individuelle de sortie de la toxicomanie. L'individu s'appuie sur le traitement pour mener à bien son travail de sortie, mais le traitement n'est pas le seul support utilisé à cette fin. Le recours à la famille, l'intervention des instances de répression et la nature des relations forgées avec d'autres intervenants médicaux participent des influences intervenant dans l'évolution individuelle vers une sortie de la toxicomanie.

Chapitre VI

INSTANCES DE CONTRÔLE ET DE SOCIALISATION

Introduction

L'expérience de sortie de la toxicomanie ne débute pas avec l'entrée dans le traitement de substitution. Toute la période de consommation de drogues compte avec une lente maturation par laquelle l'individu forge sa décision de sortie. Ce processus se fait sous l'influence des cadres normatifs issus des familles, des agents de répression et des membres du corps médical sollicités pendant la toxicomanie. Usager de drogues, l'individu s'est aidé ou « servi » de sa famille et des médecins, il a subi ou a été aidé par les sanctions policières. Au moment de la sortie, ces relations sociales participent de son évolution. Mais chacune est porteuse d'une représentation du toxicomane comme de la sortie qui ne rencontre pas pleinement les attentes ou besoins de l'individu. Dès lors, supports essentiels de la sortie, ces relations sociales constituent dans le même temps un frein à la reconstruction de soi.

I) Familles et toxicomanies : participations et freins à la consommation de drogues

La toxicomanie n'implique pas de détachement progressif des liens sociaux en général et familiaux en particulier. Les proches sont présents tout au long de la toxicomanie puis du processus de sortie. La famille joue un rôle de contrôle externe et interne. Elle freine la dérive individuelle puis soutien le retour dans un cadre de vie ordinaire. Elle assure l'individu d'une sollicitude partie prenante de la reconstruction de soi. Dans le même temps, les relations sont ambivalentes. Une forme de co-dépendance préside aux échanges. Elle entrave le détachement de l'identité sociale de toxicomane.

I.1) Désir d'indépendance et dépendance matérielle

Toutes les personnes rencontrées ont commencé à consommer des drogues à l'adolescence. Nombre d'entre elles ramènent leur conduite à une forme d'émancipation propre à cet âge de la vie. Contestation des valeurs familiales ou des modèles portés par les générations adultes, repli sur soi ou quête de sensations sont présentés comme les motifs de l'usage de drogues.

Sylvie joue à la grande, sort, vit ses premières amours tout en souhaitant que ses parents ménagent des attentions pour la petite fille qu'elle est encore. Louis a décidé de

« *s'éclater* ». Il a dix-huit ans et ne veut plus se soumettre à l'autorité parentale. Il s'accorde une explosion festive et déraisonnée avant d'entrer dans « *la vie normale* » froide et raisonnable. L'ambivalence et l'instabilité inhérentes à cet âge de la vie se déclinent en plusieurs figures. Certains se posent avant tout en position de rejet ou de contestation générale. D'autres laissent surtout affleurer un mal être empreint de doutes et d'incertitude. D'autres encore placent leurs activités, leurs attitudes ou leurs choix, sous le signe de l'insouciance. Sylvain, rebelle, s'en est pris à « *la société en bloc* »*,* peu enchantée et prônant un mode de vie matérialiste, contradictoire avec l'existence de relations sociales chaleureuses. Il critique une « *société de consommation »* ou « *de moutons* » de laquelle il ne voulait pas faire partie. Même si la contre culture n'était plus d'actualité au moment de ses premières consommations de drogues, les références héritées de ce mouvement contestataire façonnent l'idéologie qu'il attribue à sa démarche. La contre-culture était refus d'une société fondée sur des valeurs matérialistes et des rapports sociaux froids et égoïstes. Elle était aussi, plus profondément, contestation des modèles proposés par les générations adultes. La démarche de Sylvain et d'autres personnes rencontrées est portée par un désaveu des modèles transmis par leurs propres familles. Sylvain se rebelle, mais il est aussi émoustillé par la transgression des prescriptions parentales. Il goûte à « *la substance défendue* »*,* poussé par une curiosité toute enfantine.

> *« Imagine toi que dans la bibliothèque de tes parents, il y a un livre et on te dit : non ce livre n'est pas pour toi. Toi tu es môme, ce livre est pour nous. Quand tu es môme tu es curieux de tout et là mes parents n'avaient jamais véritablement fumé devant moi mais ça m'intriguait : tout ce que vous avez toujours voulu savoir sur... Sans jamais oser le demander* (Sylvain). »

Louis aussi transgresse les valeurs familiales. « *L'explosion* » qu'il s'accorde à dix-huit ans sape point par point ce que « *la sévérité de son père »,* qu'il trouvait normale ou naturelle jusque là, lui imposait. Il n'avait pas le droit de sortir, avait peu d'amis, il multiplie les soirées « *entre copains. »* Sa réussite scolaire passait avant tout, il se désintéresse de ses études. Il allait à la messe tous les dimanches, il espace ses visites à l'église.

« A dix-huit ans j'ai dit : je suis majeur je fais ce que je veux. Voilà, comme ça. Si vous voulez, il y a eu une révolte... Et puis là j'ai dit : voilà, je m'éclate, je prends la vie. Tout ce qui passe, tout ce qui vient (Louis). »

De même, Sylvie vit sa première relation sexuelle à quatorze ans, *« avec un voyou »,* afin de se dégager d'un cocon familial attentif mais étouffant et d'affirmer une maturité qu'elle n'a pour autant pas le désir d'assumer. Elle repense son comportement de l'époque comme une contestation apparente, bâtie sur un désarroi profond. Pour d'autres encore, les préceptes familiaux font violence, une violence que l'individu retourne contre soi. Le discours d'Hélène décline un mal être adolescent taillé de blessures affectives. Sa jeunesse lui apparaît comme la première étape d'un enfermement qu'elle a consolidé par la suite. Qu'elle parle d'une mère « *plus intéressée par sa naissance propre à l'élever socialement que par elle* », des secrets de famille découverts tardivement, ou encore des hommes qu'elle s'évertuait à « *acheter »* tant elle ne se sentait pas aimable, Hélène raconte combien tout l'a poussée à souhaiter disparaître dès l'âge de treize ans. C'est là qu'elle a fait sa première tentative de suicide en dépassant volontairement les doses de substances qu'elle consommait. Pourtant, elle dit à propos de l'une de ses *TS*[1] : « *tu vois, là non plus je ne suis pas morte ! (*rires*) Je pense de toute façon que c'était encore une fois un appel au secours*. » Sylvie analyse sa consommation initiale de drogues, comme un appel désespéré à ses parents qui ne voyaient pas qu'elle était moins « *solide comme une vraie petite femme* » que dépendante comme une petite fille. D'autres, « *fêtards* », insistent sur une vie juvénile active, leur insouciance paraissant dédiée aux soirées, aux « copains », aux expériences amoureuses. Philippe parle du jeune qu'il était comme d'un « *boute-en-train »,* toujours prompt à *« amener les autres faire la fête. »* Il « *s'éclatait* » sans arrêt, sans réelle limite, d'autant qu'à ses yeux sa mère était « *laxiste* » en la circonstance : « *elle me laissait faire ce que je voulais, jamais une question même quand je rentrais à n'importe quelle heure de la nuit. »*

Une fois la consommation engagée, le rôle des proches se précise et oscille entre soutien de l'individu et contrôle de sa conduite. D'un côté, les parents assurent les conditions de vie matérielles. La « logistique » du quotidien, courses, ménage, baby-sitting, est souvent prise en charge par la famille proche ou élargie. Judith ne *«*

[1] Tentative de suicide

s'occupait de rien » et c'est avec une certaine gène qu'elle évoque à présent combien sa mère prenait tout en charge.

> *« Elle faisait la bouffe et le ménage aussi c'est vrai en plus, parce que j'avais pas de machine... Alors je lui emmenais mon linge. Déjà, pour ça, il fallait que j'aille la voir sinon c'était... Fallait l'emmener soit au pressing soit au lavomatique. Ça coûte du fric pour rien alors qu'il y a la maman, y'a pas de raison. Donc j'allais l'emmener chez ma mère. Sans scrupule en plus alors qu'elle bossait la pauvre. Enfin, je lui emmenais mon linge (Judith). »*

Maman d'un « *petit Matthieu* », Myriam ne pouvait « *décemment* » pas emmener son fils avec elle quand elle allait voler. Son père s'est occupé de Matthieu : « *faut bien, c'était un peu galère aussi. »* C'est sa sœur qui a d'abord gardé Matthieu. Dès le lever, elle allait l'emmener chez elle. Petit à petit, son père l'a gardé toute la journée.

Le soutien des proches vise la perpétuation du mode de vie ordinaire mené par l'individu. Il participe dans le même temps de l'installation de l'individu dans la consommation de drogues. Les portes de la maison, comme le porte monnaie, ne sont que rarement fermés. Armelle ne compte ni les sorties ni les dépenses. Elle a une voiture et de l'argent thésaurisé puis donné par son père. Du coup, les sommes nécessaires à sa consommation ne la mettent pas en difficulté et n'empiètent pas sur les multiples achats et sorties qu'elle effectue quotidiennement.

> *« Ah oui je sortais. De toute façon j'avais une voiture donc... J'avais de l'argent parce que mes parents m'en donnaient. J'étais autonome en fait donc je sortais(…)C'était 23, 90 F la bouteille donc c'était gérable. Mes parents avaient souscrit à ce moment là pour moi un prêt étudiant qui est passé dans ça et puis j'avais beaucoup d'économies de l'enfance qu'on m'avait mis de côté et qui est passée donc... Et puis je demandais de l'argent parce que mon père me donnait souvent de l'argent donc ça... Avant même la drogue hein, il me donnait de l'argent. Il a continué. Ça a passé dedans, voilà (Armelle). »*

Charlotte aussi a eu *« la chance d'avoir un papa qui a tout mis à sa disposition. »* Il lui achetait *« tout ce qui fallait. »* Elle a *« toujours eu tout le confort possible. »* Il l'a « *sauvée dans ses études. »*

Toxicomanes ou non, les conjoints ou petits(es) amis(es) participent également de la persévérance individuelle. Eux aussi aident au maintien d'un cadre de vie ordinaire et assurent l'individu de leur sollicitude. Involontairement, ils influencent ainsi la poursuite de la consommation de drogues. L'individu est relativement épargné des contraintes matérielles et dangers d'abandon qui forgent un désir de sortie de la toxicomanie. Le moment du renoncement s'en trouve quelque peu repoussé dans le temps. Par ailleurs, les conjoints et petits(es) amis(es), peuvent eux-mêmes consommer des drogues. Des alliances se nouent alors qui aident chacun à se fournir en drogues, en argent ou bien à poursuivre la progression dans la carrière. Le mari de Judith *« gérait tout ça. »* Il *« achetait le produit* » avec la carte bancaire de Judith ou en allant demander de l'argent à sa mère. *« Là-dessus* », Judith et son mari *« s'entendaient très bien*. » Ils faisaient corps pour *« monter des bateaux aux parents* », pour *« demander de l'argent. »* Christophe et son amie ont *« commencé à sniffer ensemble. »* Après ils se sont *« accrochés ensemble, ils ont décroché plusieurs fois ensemble »*. Puis, Christophe a *« déconné. »* Il s'est *« mis à shooter. »* Son amie *« y est venue après. »* Ils se sont séparés mais tous deux sont alors « *tombés dedans. »*

I.2) Une désapprobation discrète

Plus ou moins tôt, plus ou moins fortement, les proches manifestent leur désapprobation de la conduite individuelle et font pression pour un abandon de la consommation de drogues. Les parents « *prennent la tête* », *« font la morale* », incitent à diverses démarches de soin ou proposent eux-mêmes leurs « *services* » à cette fin. Les proches sont trop regardants, leur surveillance nourrit la révolte individuelle : « *les morales j'en ai entendues tous les jours. Au bout de la millième fois il y en a marre ! (Jean Louis) »* Dans le même temps, les individus n'en tiennent pas grief à leurs proches. Ils oscillent entre colère et reconnaissance. Chacun trouve « *normal* » que la famille réagisse de la sorte et reconnaît le bienfait de telles exhortations à l'arrêt de la prise de drogues.

> *« Ça me daillait qu'ils me fassent la morale. Mais en même temps, ça me remettait en question. Alors qu'il y a des gens, enfin, des toxicomanes, qui n'ont pas cette chance (Damien). »*

Les individus peuvent s'étonner et regretter tacitement de n'avoir pas plus été arrêtés dans leur entreprise. Les pressions familiales sont alors jugées timides, la vigilance insuffisante. C'est que les parents « *ne veulent pas voir* ». La complaisance familiale peut alors être perçue comme une forme d'abandon. Judith ne comprend pas comment sa mère a fait pour ne pas voir un *« truc aussi évident* » ou alors, parce qu'elle *« n'a pas voulu voir. »* Pour ne pas *« souffrir* », elle *« s'est voilé la face : j'ai pas vu, je ne vois pas, ça n'existe pas. »* Un peu comme les enfants : *« coucou, je ne suis pas là. »* Armelle, elle, reste parfaitement interdite. Comment ses parents ont-ils pu à ce point continuer de fermer les yeux, continuer de *« simuler de ne pas voir qu'il se passait quelque chose* », alors même que, « *en pleine crise d'épilepsie* », elle s'est plusieurs fois *« tapé la tête contre les murs devant eux » ?* Elle a essayé d'en parler mais sa mère ne comprenait pas *: « ce sont des gens très très droits. Ils n'avaient pas les armes pour lutter contre ce problème là. »* Sa mère l'a parfois *« engueulée »* mais *« avec des « j'ai honte » et des choses comme ça. »* Ce n'est pas *« ça* » qui l'aurait aidée.

Les proches soutiennent et contrôlent, mais, d'un côté comme de l'autre, il semble que « *la bonne distance* », celle qui aiderait à la prévention de la consommation, ne soit jamais trouvée. C'est bien de « *faire la morale* », mais « *on a envie d'avoir la paix. »* C'est normal d'aider à se désintoxiquer, normal de rappeler qu'il faut travailler ou poursuivre ses études, mais « *on* » accepte surtout « *pour faire plaisir ».* C'est « *bien pratique* » de pouvoir emprunter de l'argent, mais c'est aussi « *dégueulasse* » de faire ça : « *ils ne devraient pas accepter* ». Les individus se conforment aux prescriptions familiales ou les esquivent. Ils cherchent à épargner leurs proches et s'épargner les pressions familiales afin de vivre leur toxicomanie sans trop d'obstacles matériels ou subjectifs. Très tôt, Thomas a été « *pris en charge* » par la pharmacienne chez qui il travaillait. Elle s'est *« tout de suite impliquée dans l'histoire. »* Elle a essayé plusieurs fois de *« le faire arrêter par le biais d'hospitalisations ou de centres spécialisés. »* Il acceptait *« pour lui faire plaisir, parce qu'il l'aimait bien. Mais quelque part, surtout pour avoir la paix. »* Il ne voulait pas *« qu'on l'emmerde. »* Alors, il préférait *« passer 10 jours dans un hôpital, faire croire que c'était terminé, comme ça il avait la paix en sortant. »* La pharmacienne n'était pas seule à *« faire pression* » pour un arrêt. Ses parents *« évidemment »,* la famille, les gens proches. Et *« ça l'embêtait plus qu'autre chose qu'on lui dise d'aller en cure. Il n'aimait pas. Ça l'enquiquinait réellement. »* Il

avait *« l'impression qu'on lui faisait du bourrage de crâne et ça ne pouvait pas aller. »* Ces sevrages n'étaient pas *« un choix personnel. Ça ne pouvait pas marcher. »*

Damien n'a pas perçu les pressions familiales comme « *du bourrage de crâne. »* Il est allé plusieurs fois à l'hôpital pour des sevrages parce qu'il *« voyait très bien que son père était en pleine dépression. »* Quand son père lui parlait *« c'était la rage, il n'en pouvait plus. »* Alors, pour lui et pour sa mère, il était *« obligé de faire quelque chose. »* Véronique aussi s'est évertuée à rassurer sa mère. Pas avec des sevrages, mais en passant des concours administratifs, pour obtenir ce que sa mère considérait comme « *un poste honorable. »* Jusque là, elle avait fait *« un peu tous les métiers du monde : Coiffeuse, barmaid…»* Mais *« pour lui faire plaisir »,* parce que sa mère était angoissée, elle a accepté de passer ces concours administratifs. C'est parce que *« les gens étaient souvent avec lui, à l'épauler, à empêcher, à discuter plutôt que d'aller chercher, à dire : on va faire autre chose, on va faire ci on va faire ça »,* que Julien a souvent « *freiné. »* Ces « *gens* » c'était des amis, des petites amies qui en prenaient ou n'en prenaient pas. Mais l'envie de consommer était souvent « *plus forte et il n'aimait peut-être pas assez la personne pour dire non, pour faire un effort. Ce qui fait que, souvent, il a encore tout re-perdu, la copine, tout le monde. »*

I.3) Identification familiale

A lire les récits de parents de toxicomanes, l'analogie des points soulignés quant à la toxicomanie individuelle et jusqu'aux énoncés choisis donne l'image d'une collusion entre l'expérience de l'individu et celle de sa famille. De part et d'autres, on procède à une rationalisation de l'usage de drogues qui participe au franchissement des étapes de la carrière. Les premières consommations ne sont certes pas synonymes d'enthousiasme pour les parents. Mais, à l'image de leur(s) enfant(s), ils soulignent leur ignorance première. La drogue *« on en a entendu parler* » mais « *on se dit que ça ne peut pas nous arriver ».* Certains toxicomanes évoquent aussi leur ignorance initiale. Beaucoup disent avoir consommé par choix mais aussi sans savoir ce qu'ils prenaient. Frédéric ne connaissait rien de la drogue. Il « *sort d'une famille d'ouvriers, il a des frères et sœurs qui n'ont jamais touché, n'ont jamais bamboulé. Il n'y a jamais eu de discussion là-dessus. »* Il avait *« entendu parler de shit mais pas de l'héroïne. »* Plus que la méconnaissance des produits, l'incrédulité quant à leur dangerosité, quant à la possibilité d'une dérive plutôt, est immanquablement soulignée par les individus. A l'instar de Fabrice et, d'une manière ou

d'une autre, tous disent s'être cru « *plus fort que le produit* ». Tous pensaient pouvoir « *consommer sans tomber ».* Comme pris dans le même « *système* », les parents disent avoir pensé pouvoir éviter le pire : *« en fait j'avais l'impression que je pouvais maîtriser certaines situations » (*mère de toxicomane*)*[2]. A mesure que la toxicomanie individuelle se précise, l'impression de maîtrise disparaît. D'un côté comme de l'autre on évoque un engrenage.

> *« Le parcours d'une famille ayant un enfant toxicomane, c'est la descente aux enfers, pour les enfants, pour la famille, pour tout le monde (p 92). »*

La progression de l'individu dans sa carrière est également et très rapidement synonyme de rejet. Mais ce rejet n'émane pas de ses proches. Au contraire, ceux-ci font également l'objet d'une discrimination de la part de leur environnement. Les connaissances, les voisins, mais aussi les amis, se tiennent dans une distance circonspecte. Une mère avance que « *les parents de toxicomanes se sentent marginalisés. »* Elle dit être *« connue dans le quartier, les gens (l'aiment) bien mais malgré tout, il y a toujours ce « mais » : Ah, oui, mais son fils…(p. 95)»* Pour d'autres, les relations avec le voisinage ou les amis ne tiennent pas.

> « *Les gens se sont mis délibérément à me tourner le dos. On a reçu des coups de fil anonymes et on a craché sur notre voiture avec le regard des autres. Même si on se dit qu'on s'en fout quelque part c'est pas vrai (p. 87).»*

Au sentiment de solitude né de cette forme de discrimination, les proches, comme l'individu, ripostent par des accès de bravade : « *quiconque n'a pas vécu ça ne peut pas comprendre, n'a rien à dire »,* les voisins comme les soignants. D'autant que *« ça peut arriver à tout le monde. »* Rien, dans les familles concernées, ne saurait prédisposer à la toxicomanie.

> *« Je crois qu'il faut se dire ça : que ça peut arriver à tout le monde. Souvent on dit : ça n'arrive qu'aux gens qui ne sont pas dans une situation normale. C'est complètement faux ! Ça peut arriver dans des foyers unis, des familles pauvres ou des familles riches, dans tous les milieux (p. 109).»*

[2] Dans le paragraphe qui suit, les citations de parents de toxicomanes sont extraites du rapport de Jean Fournié, *Famille et toxicomanies,* OFDT, 1999.

De périodes de consommation massive en tentatives de sevrage, les proches vivent avec l'individu l'oscillation du sentiment d'urgence et des espoirs de fin de la toxicomanie. Les parents disent aussi « *vivre dans l'urgence* » même s'ils ne la « *traduisent pas de la même façon. »* Eux ne sont « *pas malades mais c'est un état d'urgence* » qui laisse doublement démuni par la gravité de la situation et parce qu'il n'y a rien de proposé : « *par rapport à ce sentiment d'urgence, il n'y a pas de réponse, il n'y a rien. »* Le toxicomane est accompagné, la toxicomanie est « vécue ensemble ». Ce partage de l'expérience peut aller jusqu'à l'identification, comme dans ces paroles de parents, tellement investis dans l'expérience de leur enfant que celui-ci disparaît du propos.

> *« Jusqu'en 1990-92, nous sommes passés par des périodes calmes et des périodes de rechutes avec un emprisonnement (p. 105). »*
>
> *« Après plusieurs échec de cure ambulatoire et d'un début de cure en milieu hospitalier, j'ai vraiment eu peur de ne pas voir le bout du tunnel (p. 110). »*

Le toxicomane frôle la mort, ses parents aussi. Une mère dit avoir été comme sauvée par les discussions qu'elle avait avec d'autres mères de toxicomanes : « *on discutait entre nous. Ça allait beaucoup mieux, sinon pour moi c'était le suicide qui m'attendait (p. 98). »*

L'indifférence des amis est inacceptable, celle des médecins l'est plus encore. Pourtant, il ne serait pas rare de rencontrer du personnel médical impassible voire dédaigneux, prompt à se décharger sur de « prétendus » spécialistes en la matière. Là aussi, la discrimination est reine. Hôpitaux ou institutions spécialisées, toutes les structures de soin brillent par le « *très mauvais accueil* » réservé au toxicomane comme à ses parents, un accueil ayant valeur de rejet : « *soit on nous disait : c'est de votre faute, débrouillez-vous. Soit on nous disait d'aller nous faire soigner (mère de toxicomane, p. 91). »* L'absence d'information et le désintérêt général qui ne manque pas d'accompagner cette indigence viennent redoubler la solitude des individus comme de leur parents. La toxicomanie « *tout le monde s'en fout », « on ne fait rien ».*

> *« Je pense que la prise en charge des toxicomanes en France est nettement insuffisante et que c'est seulement si les parents se mobilisent que l'on verra les choses avancer (p. 90). »*

« On les enferme, c'est tout. Mais on les aide pas pendant qu'ils sont en prison et on ne cherche pas avec eux, on ne les prépare pas à leur réinsertion. Il faudrait qu'à la sortie de prison ils puissent avoir un point de chute pour rencontrer des gens qui peuvent les aider, qu'on puisse leur donner à tous des renseignements, des adresses, etc. L'important c'est que quand on les lâche à la porte de la prison, ils ne s'en aillent pas comme ça, à la rue (p. 117).»

A l'absence de soutien extérieur, les parents répondent en entourant un peu plus l'individu. Ce faisant, ils renforcent une ambivalence d'emblée posée dans la relation. L'individu doit être arrêté dans son entreprise. Mais précisément parce qu'il est « *pris* » par la drogue, il faut se mobiliser sans condition, l'accompagner. En écho, les individus peuvent « *s'accrocher* » à leurs parents tout en critiquant vertement leur aide, parce qu'elle est excessive ou insuffisante.

« Parmi les parents que je connais, il y en a très peu qui rejettent leur enfant. Je n'en connais pas. Ça reste avant tout leur enfant. Qu'ils fassent n'importe quoi, qu'ils soient drogués alcooliques, on essaie de les protéger au maximum. Peut-être qu'on les protège un peu trop d'ailleurs (p. 89). »

« Si je ne le protégeais pas, je ne sais pas ce qu'il deviendrait (p. 89). »

Dans ces conditions, les sentiments de doute comme une certaine surcharge affective deviennent impossible à dissiper. Une fois installée, la dépendance relationnelle ne peut être brisée. A force de glisser un peu plus avant dans « *l'engrenage* », à force d'être stigmatisés, les individus comme leur parents finissent par perdre de leur dignité. Une mère croyait être *« la seule dans son cas »,* ce qui lui donnait le sentiment d'être *« un monstre. »* Comme son fils, elle se dit aujourd'hui que « *le monstre c'est la drogue (p. 94). »* Il y a là une forme de rationalisation qui permet d'atténuer la souffrance liée au sentiment d'impuissance et la culpabilité qui lui est parfois associée.

L'expérience familiale de la toxicomanie et celle de l'individu se coule dans une forme de connivence. La similitude des sentiments et des récits de l'expérience entretient l'individu et sa famille dans un système de dépendance relationnelle.

I.4) L'ambiguïté de la co-dépendance

Le système de relations avec les proches s'équilibre dans la dualité. Entre soutien et contrôle, demandes et révoltes. Les positions et attitudes sont ambivalentes de part et d'autre. La famille ne peut se départir d'un effroi quelque peu paralysant. Peu supportable, l'inconduite individuelle incline au rejet. Ouverte ou tacite, la condamnation est très rapidement manifestée. Pourtant, le rejet ne se matérialise jamais vraiment. La famille témoigne plutôt d'une « protection rapprochée ». Elle ne porte pas la responsabilité de la conduite individuelle mais elle compte parmi les motivations qui ont accompagné ce choix. Du moins, tel est ce que les individus avancent dans leur discours. Pourtant, à entendre la gratitude qu'ils ne manquent pas de souligner quant à la présence maintenue par leurs proches dès leurs premières consommations de drogues, leur clameur de révolte déroute. Elle paraît moins rendre compte d'une réalité que servir la démarche de sortie amorcée par l'individu. On peut lire dans cette interprétation du passé une manière de ramener la consommation de drogues dans le cadre de turbulences adolescentes banales à cet âge de la vie. Ce faisant, l'individu atténue la lourdeur du stigmate attaché à la toxicomanie. Ainsi entendue, la révolte est synonyme d'immaturité. L'évoquer c'est donc précisément mettre en avant sa maturité actuelle, c'est-à-dire aussi, l'indépendance conquise par rapport aux drogues et par rapport à la famille. Elaboré pour soi ou destiné au public, un tel discours travaille à la conviction. L'individu cherche à forger son assurance personnelle. Toutefois, de reproches déguisés en demandes de soutien, ses propos mettent à mal l'indépendance affichée.

Les proches n'ont pas voulu voir, ils n'ont rien fait. Ils se sont montrés hypocrites, ils en ont trop fait. Trop ou pas assez regardants, ils auraient participé à la dérive individuelle. L'absence ou le trop plein d'affection écrasent. Les individus y voient une explication à leur inconduite. Mais cette affection est aussi une protection qui les a sauvés du pire. Et c'est bien la permanence du soutien familial qui retient l'attention. Les individus conçoivent la vigilance de leurs proches comme une chance. C'était facile de « *raconter n'importe quoi* », de les « *mener en bateau.* » Dans le même temps, d'une manière ou d'une autre, les individus ont souvent laissé filtrer leur inconduite. Didier s'étonne : sa mère a finit par trouver les seringues qu'il cachait dans sa chambre. Victor s'en veut : sa mère l'a surpris alors qu'il se faisait une injection dans la cave de la maison. Hélène « *orchestrait* » ses tentatives de suicide, espérant finalement qu'on vienne l'arrêter dans son entreprise.

Certes, nombreux sont les individus qui ont toujours maintenu leur consommation cachée mais tous disent finalement que leurs proches devaient bien savoir. Ils ne se sont pas faits berner. Et l'individu de s'émouvoir face à la constance du soutien de sa famille.

> *« Mes parents, justement, je ne leur disais pas pour ne pas leur faire de peine. Franchement, j'avais vraiment envie de leur dire souvent. Mais putain je me disais : ils vont mal le prendre. Ils vont se dire : ça y est on a fait un enfant horrible. Ils vont être malheureux comme des pierres. Moi j'avais aucun problème là-dessus vraiment aucun aucun aucun... Bon, même dans le cas où ils le savaient, parce que sûrement que je l'avais dit de temps en temps, ma grand-mère le savait (Fabrice). »*

Le frère de Jean-Marc « *savait plus ou moins comment était sa vie et qu'il se laissait entraîner. Donc son frère ça ne lui plaisait pas(…) Il savait tout. Jean-Marc ne s'en cachait pas et c'était pas son frère qui allait aller le raconter à son père. »* Mais son père *« savait plus ou moins que… Mais là-dessus »,* Jean-Marc dit avoir un père *« vraiment nickel »* : il ne lui fait pas la morale. A part si Jean-Marc *« pète les plombs. Là, son père, c'est sûr qu'il va être là pour le remettre droit, comme tous les parents. »*

Côté proches, l'ambivalence tient à la quantité des signes attestant d'un rejet et l'importance des initiatives de soutien. Les individus ne sont jamais laissés à leurs difficultés concrètes, morales ou psychologiques. Le soutien est souvent d'ordre matériel. Dans le même temps, l'aide n'est pas gratuite. Les proches en attendent une contrepartie. L'individu doit « *payer de sa personne. »* Charlotte dit ne pas se sentir *« obligée de rendre des comptes. »* Malgré tout, son père a toujours été *« très présent »,* son père et sa grand-mère, *« toujours derrière. »* Alors, *« pour faire plaisir et surtout pour ne pas faire de la peine, parce qu'ils n'auraient pas compris pourquoi elle aurait arrêté ses études* », Charlotte s'est sentie *« obligée de prendre sur elle de suivre un minimum les cours, d'aller aux examens. »* Elle clame qu'elle *« aime les études qu'elle fait. »* Mais, sans doute, « *l'amour pour la littérature n'aurait pas suffi. »*

L'aide matérielle est directement assumée par un ou plusieurs membres de la famille. Les prises en charges psychologiques sont souvent évoquées et l'individu accompagné dans ses démarches. Les cures de désintoxications sont souvent stimulées par les proches. Et la reprise de la consommation ne constitue jamais un motif de rupture. Malgré tout, les individus et leurs proches se retrouvent sur une commune

impuissance face à la consommation de drogues qui devient incapacité à entrer en relation : de part et d'autre, la toxicomanie finit par faire honte et elle prend toute la place dans les échanges. Consommer des drogues n'est pas seulement dangereux, c'est une conduite inacceptable, vile ou écœurante. L'identité sociale de toxicomane affecte les relations interpersonnelles. Il est difficile de parler directement de la toxicomanie. Mais la famille continue d'aider celui ou celle qui reste malgré tout son enfant. Nombreux sont les témoignages de désarroi des familles de toxicomanes (Fournié, J., 1997). Pour autant, et malgré la fréquence des situations conflictuelles, le lien avec les proches ne cède pas. Et ce sont les soutiens plus que les marques de désapprobation à valeur de coercition qui frappent l'observateur. L'individu est la plupart du temps accompagné tout au long de son parcours. Les aides matérielles et la présence des proches véhiculent une affection essentielle à l'évolution de l'individu vers une sortie. Dans le même temps, la nature de la relation est à la co-dépendance ce qui fait obstacle au plein épanouissement du détachement de l'identité sociale de toxicomane.

II) Famille et sortie de la toxicomanie

Un doute s'installe peu à peu quant à l'aptitude de l'individu à recouvrer une personnalité stable et normale. L'arrêt de la consommation de drogues, le changement dans les conduites individuelles n'entament pas ce doute. Au contraire, les relations affectives maintenues au cours du processus de sortie de la toxicomanie, sont grandement marquées par la difficulté de reconnaître l'individu pour une identité autre que celle de toxicomane.

L'analyse des relations familiales et affectives est un objet classique de la clinique des toxicomanies. Divers modèles psychologiques spécifient les dysfonctionnements ou troubles relationnels repérables au sein des couples ou des familles de toxicomanes[3]. L'analyse isole un ou plusieurs liens problématiques érigés en hypothèse explicative du comportement toxicomaniaque. Nombreuses sont les analyses qui pointent un « *rapport à la mère* » pathologique. L'usage de drogues serait « protection contre la menace incestueuse issue de la mère (…) Elle serait à la fois consentement au désir de la mère et tentative de dépassement grâce aux effets de castration procurés par les stupéfiants »

[3] Voir par exemple Cirilio, S., Berrini, R., Cambiaso, G., Mazza, R., *La famille du toxicomane*, Paris, ESF Editeur, 1997.

(Jacques, J.P., 1999). Une relation de complicité tacite, détournée et/ou inconsciente, s'établirait avec un des membres de la famille, le plus souvent la mère. D'autres figures sont classiquement énoncées ou repérées par la clinique. Celle du père « absent, impuissant, invalide inconsistant (…)bref quelqu'un qui ne tient pas sa fonction ni la loi et qui ne veut pas contredire le désir de la mère » (Jacques, J.P., 1999).

Loin de toute visée clinique explicative notre propos se placera ici au plan descriptif du positionnement de l'individu à l'égard de ses proches et réciproquement. L'association de deux logiques dans l'influence des proches, celle qui vise l'émancipation de l'individu, celle qui revient à le contrôler, continuent de s'exprimer au cours du processus de sortie de la toxicomanie dans des formes de soutiens et de solides manifestations de soupçon ou de rejet. L'association de ces deux logiques contradictoires contribue à l'instabilité de l'individu. Les liens affectifs ne sont pas « clairs ». La drogue s'interpose dans l'échange ce qui fragilise les relations interpersonnelles. Cela constitue un puissant obstacle à la transformation identitaire[4].

I1.1) Un soutien indéfectible

> « Dans la généralité des cas, le soutien que le toxicomane qui veut « rentrer » sollicite auprès de ceux qu'il a déçus, humiliés, trahis ou lésés ne se dément que de façon exceptionnelle » (Ogien, A., 2000, p. 45).

La démarche de sortie est souvent encouragée par un ou plusieurs proches ou motivée par la perspective d'une vie de couple.

> *« J'ai une copine qui a tenu bon pendant cinq ans et qui m'a dit : si tu arrives à arrêter, si tu arrives à trouver du travail, on vit ensemble. Et pendant cinq ans elle a été là, présente. A chaque moment où ça n'allait pas, elle a été présente... J'avais un projet, un but, une amie qui était là pour soutenir. Je me suis dit : si je ne saisis pas cette occasion, je n'aurai plus l'opportunité de la saisir, je n'aurai plus assez de force dans ma tête, dans mon corps (Renaud). »*
>
> *« Ma mère, c'est elle qui m'a sorti de tout. C'est grâce à elle en premier. Déjà parce qu'elle m'a repris chez elle . Dès que j'ai commencé la méthadone, elle m'a repris chez elle. J'ai quitté l'hôtel... Donc c'était déjà un peu de confiance qu'elle m'a redonné. Elle m'a redonné les clés.*

[4] Rappelons que notre propos ne consiste pas à établir les causes de cette ambivalence, encore moins à nous livrer à un jugement statuant sur une quelconque responsabilité des proches ou de l'individu quant au maintien ou à l'évolution de sa situation. Nous souhaitons plus simplement dépeindre les diverses configurations empruntées par les liens affectifs de l'individu

Elle ne me surveillait pas. Elle montrait qu'elle avait quand même des doutes elle avait peur elle avait des doutes mais... Donc oui, en premier c'est ma mère qui m'a fait sortir (François). »

Les relations familiales, amoureuses ou conjugales fournissent un cadre de vie à l'individu. Les individus engagés dans une vie de couple ne manquent pas de souligner combien la présence de leur compagne (ou compagnon) organise leur présent et assoie leurs perspectives d'avenir. En plus de son caractère structurant, cette présence affective a valeur d'exhortation tacite. Elle incite l'individu à concrétiser sans plus de dérive le mode de vie auquel il souhaite donner corps. Kalil avait besoin qu'on lui fasse confiance : « *quand tu es tox tu perds la confiance de tout le monde. Tu as beau être un homme droit, t'es tox, t'es tox. Et c'est une étiquette vraiment hard à porter ! »* Quand sa femme a vu qu'il *« s'accrochait à la méthadone, qu'il allait régulièrement au centre, qu'il ne traînait plus du tout dans les mêmes quartiers »,* elle lui a proposé de réaliser ce dont il rêvait : « *elle m'a dit : si tu veux, on fait un enfant ».* C'est pour lui « *le super point positif* » qui lui a permis de « *décrocher* ».

La logique de contrôle à l'œuvre dans les relations aux proches influe positivement sur le parcours de sortie de la toxicomanie. Le contrôle social externe exercé par la famille, les collègues, les amis, tient l'individu dans le cadre d'une conformité désirée. Les normes comme l'univers de sens propres à toutes ces « familles » n'ont rien d'une nouveauté pour l'individu. Mais certaines personnes se sont à ce point éloignées des cadres de sociabilité ordinaires tout au long de leur toxicomanie qu'elles gagnent à être encouragées dans leur retour à la conformité. Les individus n'ont certes aucunement besoin de se voir rappeler les normes de conduites prescrites en société. En revanche, les handicaps hérités de la toxicomanie peuvent les empêcher de « croire » en la possibilité d'un retour dans la vie normale. Pour celles, parmi les personnes rencontrées dont les conditions d'existence sont proches de l'exclusion, ce pessimisme quant au retour à la « normalité » n'est pas qu'une « croyance ». Néanmoins, la simple présence d'une compagne, d'enfants, de parents atténue le sentiment d'étrangeté par rapport à tous ceux « *qui n'ont pas vécu ça* ». Les compagnes (compagnons) et enfants ouvrent des perspectives d'avenir, ce qui tranche avec la dictature du présent seule temporalité à l'œuvre pendant la toxicomanie et dominante quant à l'hébétude qui accompagne le processus de sortie. Le contrôle exercé

par les proches est donc une solide ressource pour la sortie. Et c'est bien l'échange affectif qui domine les relations aux proches.

Mais, même « *transformé* » personnellement et ancré dans un mode de vie radicalement détaché des habitudes toxicomaniaques, l'individu attire toujours la méfiance de son entourage. Il reste un « toxicomane ». Les liens affectifs ne se dissolvent pas mais l'ambivalence de la relation véhicule une définition « négative » de l'individu. Les proches de toxicomanes ne manquent pas de témoigner leur considération à tous ceux qui « *ont fait des efforts* » pour s'en sortir. C'est là un soutien précieux, stimulant la persévérance de l'individu. Cependant, les marques de considération s'avèrent parfois proportionnelles à l'étrangeté dans laquelle l'individu demeure contenu. Celui-ci reste porteur d'une anomalie aux yeux de ses proches. Plus la famille clame la « normalité » ou les efforts de l'individu plus elle signale combien il reste fragile à ses yeux. Outrancier, le soutien des proches s'inverse en son contraire. Il indique finalement la difficile reconnaissance d'un individu toxicomane malgré tout. Cela freine l'élaboration d'une confiance en soi nécessaire à la poursuite du processus de sortie.

> *« Dernièrement, ce week-end là mon père m'a dit : t'es vraiment un gars spécial toi. Parce que je m'énerve ou... Je ne suis pas dans la norme. Alors, ça le dérange que je ne sois pas comme les autres (Damien). »*

II.2) Une personnalité singulière

Multiple dans ses manifestations, le soutien exercé conserve la forme ambivalente présente pendant la toxicomanie. L'aide n'est jamais prodiguée au hasard. Plus précisément, elle doit produire des effets tangibles, rendre visible l'amélioration de la situation individuelle ou correspondre à ce que les proches identifient comme étant les besoins de l'individu. Bien loin d'une restriction malveillante, ce type d'attitude traduit le maintien d'une structure de relation forgée pendant la toxicomanie. L'individu est bien souvent entretenu dans la position particulière qu'il occupait quand il consommait des produits. Lui conçoit pourtant le soutien de ses proches différemment. Ce qui était accepté sans plus tarder pendant la toxicomanie, ne saurait l'être à présent sans plus de honte ou de culpabilité. L'obtention de drogues commandait les exactions commises à l'égard des proches. Il y avait là un impératif que l'individu ne pouvait ou ne souhaitait contrer. Désireux de continuer à consommer ou dépendant au point de « *faire n'importe*

quoi », l'individu parvenait à reléguer sa culpabilité ou sa honte au second plan. Une fois débuté le processus de sortie de la toxicomanie, l'embarras ou le déni dont il entoure parfois ses agissements passés signalent la honte qu'il éprouve à son égard. Les « *Comment j'ai fait ? », « C'était pas moi mais l'héroïne », « Je m'en veux », « Je me dégoûte »* sous-tendent l'évocation du passé. Du coup, l'attitude des proches est source d'inconfort. D'une part, parce qu'elle signifie aux individus qu'ils ne sauraient vivre sans plus de soutien psychologique ou matériel. D'autre part, parce que l'affection témoignée n'est pas détachée du souci de protéger un être fragile. Les individus ne peuvent sereinement accepter une sollicitude qui marque leur singularité et vise en partie le toxicomane qui n'a pas su se construire seul, qui ne saurait retrouver une pleine autonomie.

Judith ponctue chacun de ses propos d'un petit rire bref : élégante sortie face à la gêne que lui inspire sa situation. Sa mère « *achetait tout*. » En particulier « *tout ce qu'il fallait en couches et tout pour la petite. C'était elle la vraie petite mère. »* Judith n'achetait rien « *donc* » sa mère achetait tout. Financièrement, elle « *ne pouvait pas. Donc, sa mère l'habillait de la tête aux pieds. ».* Aujourd'hui, elle continue : *« C'est l'horreur parce que même maintenant, ma mère achète des valises pleines de fringues pour la petite. »* Avec une certaine amertume, Judith en vient à se dire que *« les trucs que sa fille préfère c'est ce que sa mère lui a acheté. »* Mais un peu plus loin, elle renverse le sentiment de honte éprouvée en disant que « *les grand-mères, c'est fait pour gâter les gosses. »* C'est une manière de réinterpréter le comportement de sa mère pour l'inscrire dans le rôle traditionnellement dévolu aux grands-parents. Ce faisant, elle se protège d'une piètre image de soi tout en renouant avec les valeurs familiales incorporées.

Gage d'une relative assise personnelle, ce type de mise à distance n'est pas toujours élaboré. Les individus se coulent alors dans la position particulière qui leur est réservée. Il en est ainsi de Clément ou Damien. L'affection que leur témoigne leur compagne ne connaît pas de restriction. Elle s'illustre notamment dans une attention de tous les instants. Ainsi d'Elizabeth dont la prévenance à l'égard de Clément oscille entre sollicitude et surcharge affective. Toujours là, clarifiant ses propos ou acquiesçant d'un regard pendant l'entretien, elle paraît dessiner comme une bulle protectrice autour de son mari. Elizabeth se pose en présence rassurante qui redore le blason de son homme. Elle intervient fréquemment, répond à la place de Clément ou reformule ses propos et

ne cesse de le soutenir en lui intimant de ne pas oublier tel ou tel point. Sollicitude sans faille, un tel enveloppement bride précisément l'assurance de Clément qui ne saurait s'exprimer sans l'assentiment de sa femme. Mieux, Elizabeth assure d'elle même la présentation d'un Clément que l'on doit comprendre et dont il faut reconnaître les efforts. Mais il est difficile d'esquiver une certaine gène face au panégyrique que dresse Elizabeth à propos de Clément en sa présence.

> *« C'est vrai que par rapport à d'autres personnes qui ont fait de la prison, Clément s'en est bien sorti. Déjà, c'est quand même un exemple de réinsertion ! Moi je ne connais pas beaucoup de monde qui a réagi comme lui en sortant de prison ! Lui il s'est dit : bon, il ne faut pas continuer. Je bifurque quelque part. Il ne savait pas trop où, mais il savait qu'il fallait qu'il change quelque chose. Il s'est pris en main et tout ! Bon, ben, je ne sais pas... Tout le monde ne réagit pas comme lui ! Et puis par rapport à d'autres personnes que je connais, Clément il n'a jamais été aussi bas qu'elles, même dans les pires périodes. Il a fait des efforts (Elizabeth). »*

De telles « échappées », fréquentes pendant l'entretien, parlent de toute évidence pour l'amour qu'Elizabeth voue à Clément. Elles témoignent néanmoins d'une compassion contrariant la reconnaissance des qualités de Clément. En effet, en soi, l'expérience toxicomaniaque est avilissante. Quand elle provoque de la compassion, ce sentiment est alors plus proche de la pitié que de la reconnaissance d'une qualité apte à rehausser l'estime de soi de l'individu (Pollak, M, 2000, p. 228). L'attitude d'Elizabeth prend des accents guerriers. Offensive quand il s'agit de défendre Clément de toute intrusion potentiellement stigmatisante, Elizabeth reste sur la défensive quant au jugement d'autrui. Cependant, l'ardeur qu'elle met à prévenir toute forme de jugement négatif sur Clément montre combien elle n'a sans doute pas totalement dissipé ce type de vision. Du moins, elle paraît craindre que Clément ne dérape, brisant ainsi l'image de « *toxicomane repenti* » qu'elle lui attribue. Les conseils et les précisions dont elle jalonne ses propos balisent le discours sur soi qu'il lui faut tenir face à autrui mais aussi pour lui. Le même alliage d'offense et de défense se retrouve dans sa relation à Clément. Protectrice à outrance, Elizabeth l'enveloppe d'une attention quelque peu dévorante. Son incrédulité quant aux capacités propres de son mari accompagne nécessairement ses penchants tutélaires. C'est là que se situe une forme d'offense faite à

Clément. Au fond, Elizabeth traduit la toxicomanie de ce dernier en termes de traits de personnalité. Et Clément passe pour quelqu'un de définitivement particulier à ses yeux. Il a un « problème » qu'Elizabeth s'évertue à contenir. Ainsi des petits « extras » que Clément s'autorise, qui lui sont plutôt « accordés », de temps en temps. Clément avance ainsi que sa femme *« ne lui a jamais fait d'interdit* ». Autrement dit, s'il a envie de consommer, Elizabeth n'oppose pas son « veto » : *« si ça lui fait plaisir. »* Mais tout n'est pas permis *: « il faut voir les finances aussi. »* C'est Elizabeth qui gère les finances du ménage. Elle ne va *« sûrement pas lui interdire d'en prendre de temps en temps »* même si elle souligne que « *son bonheur serait qu'il n'en ait plus jamais envie*. » Pas d'interdit donc, à la nuance près *« qu'il faut d'abord voir les finances. »* Et puis, *« il y a des limites quand même ! Il ne pourrait pas en prendre tous les jours. »*

Même doublée d'affection, et peut-être précisément parce qu'elle est couplée à de l'affection, la crainte d'un dérapage individuel[5], fréquemment présente parmi les proches, constitue la plus sûre manière d'enfermer l'individu dans une identité de toxicomane. Cette crainte peut prendre les traits d'une attitude magnificiente envers l'individu comme chez Elizabeth. C'est le cas lorsque sa « *bonne conduite »* est clamée un peu trop bruyamment, quand sa « *normalité* » passe pour une performance. Ainsi des beaux parents de Clément dont l'attitude lui semble presque anormalement chaleureuse. Ceux-ci l'ont accepté « *dès le premier jour en plus. »* Alors même qu'il a les cheveux longs, qu'il est *« tatoué de partout*. » Mais « *faut dire que Clément a fait des efforts quand même* (Elizabeth). »

Les attitudes et positionnements de l'individu face à cette affection excessive montrent que celui-ci participe de ce système qui l'entretient dans un « maternage » quelque peu coercitif. Même anecdotique, l'attitude révérencieuse de Clément, Jean-Marc, Lionnel ou Damien à l'égard de leur amie présente pendant l'entretien nous a frappée. Manifeste, leur désir d'être accompagné pendant l'interview. Clément a choisi une date accordée aux disponibilités d'Elizabeth. Jean-Marc s'est rendu au lieu de rendez-vous avec Carine avant de nous mener chez eux et tous ont souvent cherché confirmation de leurs dires dans le regard de leur amie. Certains propos paraissaient directement dictés par les vues de cette amie et les individus nous les livraient comme on récite une leçon dont on cherche à se convaincre. Comme Elizabeth, Carine avance

[5]Le type de dérapage qui est évoqué ici, concerne tout ce qui, dans le discours ou la gestuelle de l'individu peut trahir sa toxicomanie. Quand le « dérapage » désigne plus concrètement une reprise de consommation le contrôle de l'entourage se fait plus serré.

« *qu'à partir du moment où on vit en couple, Jean-Marc doit abandonner ses comportements égoïstes, pour penser à elle »* ce qui signifie cesser de consommer. Jean-Marc en convient : « si je *continuais à faire ça tous les jours, je ne pourrais pas lui acheter un manteau par exemple. Je ne peux plus être égoïste. »* Ne penser qu'à l'héroïne, revient à ne pas penser à Carine voire à la tromper. C'est ce que lui répète son amie, *« ça suffit à calmer sa joie. »* Certaines interprétations psychologiques ramènent cette attitude à un rapport pathologique que les toxicomanes entretiendraient à l'autorité. Par son caractère extrêmement contraignant le système de relation en place pendant la toxicomanie figurerait une forme de loi à laquelle l'individu ne peut que se soumettre. Son entreprise viserait précisément à l'inscrire sous la coupe d'une loi inaliénable. Déstabilisé par la disparition de cette loi supérieure une fois la consommation de drogues abandonnée, l'individu s'en remettrait aux mains de sa compagne ou d'un membre de sa famille, ce tiers figurant alors une nouvelle forme de loi (Kuntz, M, 1998).

Une contradiction perce ici ou là entre l'affichage d'une bonne conduite et l'exposition d'une faiblesse personnelle qui dépasse l'individu. Celui-ci se présente comme sûr de lui et démuni. D'un côté, il produit « l'impression[6] » d'être un être autonome que l'on peut laisser à son indépendance. D'un autre côté, il élabore « l'impression » que son identité, non encore assise ou solide, mérite protection. Les proches partagent une ambivalence analogue. Ceux-ci mettent fermement en avant leur rejet de la conduite individuelle. Ils condamnent sans appel la toxicomanie et les déviances auxquelles elle a donné lieu. Ils accueillent favorablement les nouvelles résolutions de l'individu. Dans le même temps, les craintes comme la méfiance dont ils font état, parlent pour le doute qu'ils conservent quant à la solidité du renoncement et plus encore quant à l'aptitude individuelle à tenir ce renoncement sans plus de soutien. L'identité sociale de toxicomane n'a plus lieu d'être, la consommation de drogues a été abandonnée. Mais l'individu doit être « encadré », précisément parce que, au fond, il n'est pas encore débarrassé de la fragilité qui l'a mené vers les drogues, d'une attitude conçue comme psychopathologique.

Henri est un père de famille attentif et un employé zélé. La tranquillité qui transparaît de ses propos marque la solidité de son renoncement aux drogues. Préoccupé par sa vie de famille et par son travail, il tient son passé bien à distance. L'évocation de

[6] Au sens de Goffman, E, *La mise en scène de la vie quotidienne,* Paris, Editions de minuit, 1973.

son frère toxicomane lui est certes douloureuse. Elle avive des remords avec lesquels il a appris à vivre. La plupart du temps, il ne pense pas à son parcours passé. Manifestement, il est passé à autre chose, sa vie a *« carrément changé. Il ne se force pas à ne plus y penser. C'est naturel. »* Pourtant, *« on lui dit parfois que ce serait peut-être bien d'en parler de tout ça. Beaucoup de gens disent ça, lui conseillent d'aller voir un psychiatre. » « On* » s'inquiète d'un silence qui cache sans doute sa vulnérabilité. « *On* », « *les gens* », ce sont sa mère et sa femme. Elles ne comprennent pas *« comment il a fait pour en prendre tant d'années »* même après que son frère est mort d'une overdose. Lui consent : *« c'est vrai que c'était pas très normal*. »

Ce type d'affection intrusive traduit l'anxiété mais aussi la difficulté qu'éprouvent les proches pour faire confiance à l'individu qui demeure nécessairement fragile à leurs yeux. De fait, Henri « *comprend* » une inquiétude qui rencontre la stupeur que lui-même nourrit à l'égard de ses agissements passés. Il a accédé aux invitations pressantes qui lui ont sommé d'aller consulter un psychiatre. Il n'était pourtant pas convaincu de l'utilité de la démarche et a fini par résister à des préoccupations qu'il estime plus nuisibles que réconfortantes. Il n'avait *« pas envie d'y aller. Ça ne sert à rien. »* Au contraire, « *raconter ses histoires, payer une femme pour ça ! Ses histoires, il les connaît. Se remémorer des trucs comme ça alors que, justement, il essaie d'oublier, ça ne va pas trop l'aider. »* Henri s'est rendu chez un psychiatre « *pour faire plaisir*. » Mais il a arrêté après quelques séances. Il a réussi à imposer son point de vue, peut-être pas à sa mère mais à sa femme qui comprend à son tour.

A l'image d'Henri, un alliage de colère et d'assentiment se fait dans les réactions des individus à cette attention quelque peu écrasante qui émane de leur entourage. L'acuité du tiraillement qui en découle est toute aussi vive dans les relations amoureuses. L'individu se montre particulièrement sensible aux propos de celui ou celle qui partage son intimité. Quand le jeu d'influence tourne à l'avantage du partenaire, l'échange prend l'allure d'un réquisitoire cinglant. Damien est un jeune homme nerveux. Son tempérament contraste avec le calme de Marie qui l'accompagne du regard lors de l'entretien. Discrète, elle veille à garder le silence sauf quand Damien la sollicite. Il lui arrive alors d'insinuer un doute dans ses affirmations. Elle poursuit en gradation une mise en cause pour le moins âpre des propos de son conjoint. Damien dit se comporter différemment, « *positiver* » et *« essayer de ne plus penser au passé. »* Marie fait la moue. A ses yeux, Damien « *n'a pas vraiment d'estime de soi. Ça n'aide*

pas. » Damien s'énerve : « *c'est pas facile ! »* Certes, acquiesce Marie mais elle lui rappelle aussi « *qu'à l'intérieur, il n'a pas bougé. Il n'a même pas commencé ce travail. »* Finalement, Damien ravale sa colère : « *le fond, c'est vrai que ça l'a vachement touché. »* Au contraire de Damien, William a choisi de couper court à tout échange intime avec la plupart de ses proches. Les inquiétudes dont ces derniers ne manquent pas de lui faire part l'agacent. Il répond par la colère aux mises en gardes familiales et refuse jusqu'aux attentions soucieuses de son bien être. A ses yeux, elles ne sont que le témoignage d'une piètre considération : « *de toute façon, le toxicomane, une fois qu'il a perdu la confiance de sa famille, qu'il s'en remette, qu'il s'en sorte, la confiance elle est ébréchée. Mais ça a fini par me gonfler. »* William estime *« assurer comme un bête. Il se défonce pour obtenir un diplôme, il a géré un divorce difficile… Alors*, *entendre les parents dire : William il serait temps que tu changes ! Il leur dit : merde. Et il raccroche. »* Dans le même temps, il sollicite parfois ses grands-parents pour qu'ils l'aident financièrement. Il dit que sa démarche peut se comprendre au regard de conditions d'existence difficiles. Toutefois, elle porte atteinte à la reconstruction d'une estime de soi.

De part et d'autres, une « impression » ambivalente est donc manifestée dans le discours quant aux caractéristiques de l'identité individuelle. Cette expression de soi par l'individu et de l'individu par ses proches entretient le partage de la relation entre contrôle et protection, nécessité de rejeter la conduite ou l'identité sociale de toxicomane, et de prendre en charge (ou d'être pris en charge pour) la fragilité de la personne. Cette dualité se reporte sur l'identité individuelle. Morcelée, la reconnaissance de l'individu en est tronquée. Pour avoir la paix ou pour faire plaisir, parce que les attentes des proches sont irritantes, rébarbatives ou éprouvantes, les individus s'efforcent plus ou moins vivement d'afficher leur bonne volonté de retour à la conformité. Il s'agit de coller à l'identité attribuée par autrui. Une identité qui n'est pas seulement mise en avant comme stratégiquement mais bien intériorisée. Dans le même temps, les individus ne cessent d'en appeler à leur protection parce qu'ils se sentent faibles, incapables de bâtir sans plus de confirmation une image positive d'eux-mêmes et l'assurance qu'ils ne se laisseront plus entraîner à la dépendance. Côté proches, la traduction de la toxicomanie en termes de traits de personnalité assure la permanence du soupçon. Du coup, ils se montrent tout à la fois prompts à reléguer la toxicomanie individuelle dans le passé – l'individu n'était alors pas dans son état

normal –, et craignent la résurgence de comportements « pathologiques ». Les souffrances ou l'effroi éprouvés à l'égard de l'individu et de ses agissements quand il consommait ont à ce point affecté les proches qu'ils acceptent aisément de ne plus évoquer le passé. Du moins, ils affichent une pudeur « afin de ne pas se faire préciser avec lourdeur les détails d'une période trouble » (Ogien, A., 1995, p. 149). Dans le même temps, ils témoignent d'une forme d'insatiabilité, ils n'en ont jamais fini d'être rassurés.

II.3) L'identité de toxicomane comme obstacle à la reconnaissance

La crainte conservée par les proches quant à la toxicomanie individuelle s'exprime parfois par des mises en causes directes. Scepticisme quant à l'abandon définitif de toute consommation ou peur d'une faiblesse de l'individu face aux tentations dont la menace est omniprésente.

> *« Je crois que les parents de gens qui ont été toxicomanes restent toujours aux aguets et... A l'affût en fait. Ils ne sont jamais sûrs que ça sera fini (Julien). »*

Tout ce qui implique de près ou de loin l'ingestion d'une substance nourrit alors ce pressentiment. Frédéric ne saurait demander un nouveau verre de vin à table sans provoquer l'indignation de « *ses frangins* ». Il vit leurs accès de colère comme une manière pour le moins violente de lui rappeler sa dérive passée : « *ils tapent dedans ! Chaque fois que je les vois ils tapent dedans ! »* Les parents de Damien non plus *« n'aiment pas l'excès : pas de vin à table, ça les dérange. »* Bon gré, mal gré, la suspicion demeure. Elle exprime une conception de l'individu comme d'un être bizarre, particulier, doté d'une personnalité qui attirera toujours une parcelle de méfiance.

Aux dires de sa sœur Claire, les efforts soutenus par Cécile afin d'abandonner la drogue sont « *surhumains* ».

> « *Quand je pense à tout ce qu'elle a du faire pour se sortir de la came... C'est incroyable, c'est un effort vraiment surhumain… Dingue ! Ça demande vraiment une force surhumaine* (Claire). »

Devant cet effort qu'elle a du mal à se représenter, Claire gratifie sa sœur d'un courage et d'une volonté sans conteste. Mais Claire, et avec elle son père et sa mère, n'aiment pas « *en entendre parler.* » Du coup, de son propre aveu, les efforts

surhumains de Cécile « *ne sont pas reconnus (...) n'existent pas.* » Et sa sœur n'en aura jamais fini de gagner la reconnaissance de son père *« qui ne lui lâchera jamais un compliment.* » Victor ne saurait se « *reposer sur ses lauriers* », son oncle lui demande « *tout le temps des comptes : avec lui, c'est pire qu'avec ma mère.* » Son oncle lui *« prend la tête de manière folle parce qu'il ne voit pas le côté positif de son truc. Il se rappelle toujours des conneries »,* de ce que Victor a fait « *subir* » à sa mère : « c*'est toujours là, tout le temps.* » Du coup, Victor sait « *très bien* » qu'il faut qu'il « *fasse ses preuves.* »

Les activités de l'individu, ses propos ou ses difficultés sont rarement considérés pour eux-mêmes, c'est-à-dire sans référence à sa toxicomanie. Celle-ci devient l'étalon à partir duquel la situation individuelle est évaluée, souvent d'ailleurs pour apprécier « l'héroïsme » de celui *« qui a complètement changé.* » Mais tout se passe comme si la situation individuelle n'avait de sens que ramenée à son parcours de toxicomane. Il est bien évident qu'une telle expérience éclaire le présent et détermine pour partie l'avenir des individus. Pourtant, estimer leur situation à la seule lumière de cette expérience revient à les enfermer dans leur toxicomanie. En plus de son caractère abusif, une telle orientation dans le regard d'autrui réduit l'individu à son identité de toxicomane. En tout cas, un doute est maintenu de part et d'autres quant au recouvrement d'une personnalité stable et « normale ». Et l'incrédulité force l'individu à exposer en permanence la distance qui le sépare de sa toxicomanie. Il doit convaincre de la sincérité de sa démarche de sortie. Les individus dressent la démonstration de leur respectabilité relative en se comparant à d'autres toxicomanes. Même visible, l'abandon de la consommation de drogues est souvent clamé. C'est que l'individu doit manifester des signes « tangibles ». Souvent, il se « repent », énonce ses regrets, et plus encore, l'usure d'une expérience qu'il ne saurait vivre plus avant. Ce faisant, il élabore une façade donnant les gages d'une indépendance retrouvée par rapport aux drogues. Le renoncement exprimé vaut pour l'exposé d'une assurance personnelle. L'individu se montre sûr de lui.

Il est possible d'interpréter l'attitude individuelle en termes d'opportunisme. Albert Ogien précise ainsi que « l'ancien toxicomane apprend vite que (...) la chance lui est facilement offerte de se refaire, dès lors qu'il affirme le vouloir » (Ogien, A, 1995, p. 149). « L'impression » donnée, réponse aux attentes du public, devient facilement conviction personnelle. Cette nouvelle résolution s'accompagne d'actes de contrition

aisément acceptés par les proches. Ceux-ci ont besoin d'être convaincus de la nature diabolique du produit et que l'individu n'est pas responsable de sa toxicomanie. Les individus élaborent un discours qui colle au mythe de la possession. Ils lui insufflent la force de conviction permise par l'expérience. Passée la « *lune de miel* », le rapport au produit évoluerait vers un assujettissement radical. Les étapes du processus d'aliénation se retrouvent dans tous les propos individuels. De l'envoûtement initial à la descente aux enfers, aucun ingrédient de ce conte d'un ensorcellement n'est négligé. Plus de faute qui tienne face à la puissance de la drogue. Du moins, une clause d'irresponsabilité atténue l'inconduite de celui qui sort grandi de sa « victoire » sur le produit. Cela dit, le caractère quelque peu fantasmatique de ces comptes rendus, corollaires de la sensibilité de l'entourage à l'expérience individuelle, rappelle précisément l'acuité de la toxicomanie dans la définition de soi produite par l'individu mais aussi attendue d'autrui. Que l'individu soit convaincu ou non par son discours, cru ou non par son entourage, l'assurance affichée correspond au pré-requis de l'interaction.

Même porteur d'un souci bienveillant, le pressentiment des proches enferme l'individu dans cette identité d'étranger qui échappe et qu'il faut donc surveiller ou dont il faut douter. Cette suspicion n'exprime rien de moins que l'anxiété d'un entourage mis à rude épreuve par les risques inhérents à la toxicomanie. Sévères mises en garde ou « cocooning » correspondent à des manières de gérer le tourment éprouvé. Un tel maniement de l'angoisse passe parfois par une hostilité plus ou moins latente à l'égard de ceux ou celles qui partagent la vie de l'individu. Erigés en compagnie malfaisante, influence néfaste, les conjoints, les amis, les « mauvaises fréquentations » supportent alors l'essentiel du tourment des proches. Marine a ainsi été *« totalement rejetée* » par les parents de Pierre. Ceux-ci ne maintenaient le contact que pour Hermann leur fils. Mais *« du jour au lendemain, le père de Pierre ne lui a plus dit bonjour, plus posé de question, plus parlé, rien. C'est assez classique. Ça n'est jamais son enfant propre qui fait les choses, il est poussé par l'autre. »* Pierre souligne que Marine en a beaucoup souffert. Lui aussi estime que c'est une réaction fréquente dans les familles de toxicomane : « *le problème ne peut pas venir de leur rejeton. »*

Les individus sont loin d'ignorer la permanence du trouble des proches. Beaucoup optent pour une stratégie d'évitement. La plus radicale consiste à réduire les échanges au minimum. Elle est minoritaire parmi les personnes rencontrées. La plupart se contentent de passer sous silence une partie de leur mode de vie et jusqu'au traitement

suivi. Damien sait que s'il dit *« prendre des cachets pour se soigner, ses parents savent très bien que ce ne sont pas des petits cachets, pas de l'aspirine. »* Il préfère se taire quant « *au truc hard* » avec lequel il se soigne. Pour lui comme pour Christophe, la réaction de la famille est prévisible. La famille est *« déjà soupçonneuse* » tout en *« préférant penser »* qu'ils ne prennent rien. Ce n'est donc pas la peine de les inquiéter, mieux vaut « *faire comme si ».* William ajoute : *« c'est mon angoisse que je gère en premier. Je ne vais pas en plus me taper l'angoisse des autres. »* Charlotte dit « *jongler* » entre les différentes facettes de sa personnalité en fonction de son interlocuteur. Hormis avec les amis avec lesquels elle a consommé, elle masque son « visage » de toxicomane. Elle considère cette gestion de rôles comme une attitude banale tout en soulignant qu'elle conserve une « marginalité ». Il existe un « fil » qui relie les diverses dimensions de son identité. Mais de l'étudiante à « la toxicomane », il existe à ses yeux une plus grande distance que celle qui sépare les rôles sociaux du commun.

Pour la drogue comme pour le traitement, et sans doute parce que ce traitement compte l'ingestion d'un produit opiacé, le mode de communication reste le même : esquive entendue pour l'individu, soupçon mal dissimulé pour ses proches. Chacun cherche à ménager l'autre et l'échange demeure paralysé par la présence des produits. Mêmes discrets ou tacites, les soupçons de l'entourage pèsent lourdement sur l'élaboration d'une estime de soi déjà bien mince. Directement ou de façon détournée, l'individu dit ne pas se remettre de tous ces signes montrant qu'il reste un « toxico » aux yeux d'autrui. Tous disent « *sentir* » dans la famille ce « *t'es pas comme les autres* ». La distinction est dégradante puisqu'elle couvre jusqu'aux caractéristiques individuelles les plus intimes. Pierre se sent relégué au rang de « *raté* ». Aux yeux d'autrui, il a « *raté sa vie, raté sa situation professionnelle, il a loupé, tout loupé »* au point de se vivre aujourd'hui comme « *un raté ».* Frédéric « *le sent »* aussi *« au niveau relationnel* » avec ses frères et ses sœurs, ce : « *t'es qu'un ancien tox ».* C'est pour lui le signe qu'il « pue » : *« je sens mauvais. Je suis un ancien toxico, j'ai une hépatite C, je sens mauvais... Je pue. »*

Le souci maintenu par l'entourage quant à la fragilité de l'individu au risque d'une « *rechute* », exerce un effet de rappel très puissant de l'identité de toxicomane, s'épanouissant parfois en prophétie créatrice. L'ambivalence préside aux échanges entre l'individu et sa famille. Il est possible d'y voir « un facteur d'entretien de la

dépendance » même s'il est difficile de statuer sur l'incidence effective d'une « contribution, involontaire mais significative – des proches – au processus de dépendance individuelle (Jacques, J.P., 1999). Toutefois, l'ambiguïté de la relation peut entretenir la « toxicomanie comme pensée obsédante » et comme facteur d'identité dominant de l'individu. Elle compte parmi les difficultés du « *vivre avec* » son passé et constitue un solide frein à la reconstruction identitaire. L'ampleur prise par le facteur d'identité toxicomaniaque est assez forte pour rendre « impensé » à l'entourage comme à soi-même toute autre vérité personnelle. La toxicomanie a revêtu le caractère d'une essence là où elle aurait pu, ou du, n'être qu'un attribut parmi d'autres de l'identité individuelle. Ceci est parfaitement rendu dans le « *je suis toxicomane* » si courant et qui pourrait pourtant n'être qu'un « *j'ai consommé de la drogue* ». En traitement de substitution, les individus multiplient les signes de leur sortie. Ils ont « *arrêté* », ils « *n'en prennent plus* ». Mais la transformation de leurs conduites ne suffit peut-être pas à faire passer une toxicomanie définie sur le mode de l'être. En tout cas, l'activité qu'ils déploient afin « *d'en sortir »,* si intense soit-elle, ne change pas la prépondérance de leur identité sociale de toxicomane. C'est qu'ils se battent sur le terrain du faire tout en continuant de se vivre et/ou d'être identifiés comme des toxicomanes. Ils ont stoppé leurs consommations, ils sont maîtres de leurs conduites. Pourtant, ils restent des toxicomanes.

La non-mise en cause d'une toxicomanie définie au plan de l'identité et non de la pratique empêche la pleine réalisation du basculement identitaire. Au plan moral, ce basculement s'avère tout aussi difficile à opérer. Le discrédit jeté sur les toxicomanes n'est pas qu'affaire de regard extérieur. Les individus ont intériorisé pour partie une image infamante d'eux-mêmes. Ils optent donc pour la contrition. Quelle que soit la motivation d'une telle démarche, opportunisme ou exigence pressentie, elle découle plus généralement de l'expérience d'une impossible reconnaissance. En sa qualité d'enfant, d'ami, de conjoint, l'individu reçoit l'attention d'autrui. Mais face au doute conservé par ce dernier, il lui faut rappeler qu'il est un toxicomane repenti. L'attitude des proches vient donc aviver une incertitude identitaire lourde de tensions. L'individu est forcé de tenir ensemble deux logiques contradictoires : l'une lui intime de faire référence à sa toxicomanie afin de montrer qu'il n'est plus toxicomane, l'autre l'invite à reconnaître la valeur de sa personne, croire en la sollicitude d'autrui pour parvenir à tenir définitivement à distance son identité de toxicomane. Ici, le sentiment d'être une

personne prend de la consistance, là, celui d'être un toxicomane est maintenu en éveil. Le soutien exercé par les proches participe de l'élaboration d'une image positive de soi. Dans le même temps, la référence maintenue à la toxicomanie et sa traduction en termes de traits de personnalité par ces mêmes proches produit l'effet exactement inverse d'entretien du stigmate dans la conscience individuelle. Afin de se reconstruire, l'individu doit à la fois mettre en avant ou garder en mémoire sa toxicomanie et la tenir à distance, l'éloigner. Cette même toxicomanie lui attire et lui refuse simultanément la reconnaissance de ses proches. Si ceux-ci entourent particulièrement l'individu, c'est qu'ils le perçoivent comme un être faible. Souvent, cette faiblesse est interprétée ou conçue en termes psychopathologiques : l'individu aurait besoin d'une prise en charge psychologique significative. Un tel positionnement renforce la fragilité et rencontre ce que les individus rejettent par dessus tout, à savoir l'idée qu'ils ont « un problème personnel ».

Les individus mènent un travail de sortie. Ils s'appuient sur des savoirs acquis pendant la toxicomanie, ils mobilisent un traitement, ils sont aidés par l'affection des proches. Celle ci est une ressource essentielle à l'élaboration d'une confiance en soi. Si l'on suit Axel Honneth (2001), on peut en effet avancer que l'affection fondatrice de relations intersubjectives participe de la construction de l'individu comme auteur de son rapport au monde et à l'autre. La relation construit un rapport positif de l'individu à lui-même. Néanmoins, quand elle verse dans la surcharge, cette affection devient « prise en charge » d'un individu avant tout toxicomane. C'est un obstacle à l'existence d'une pleine reconnaissance et donc aussi à la conquête d'un respect et d'une estime de soi. Cela freine la reconstruction de l'individu comme sujet singulier.

II.4) Les enfants

Près d'un tiers des personnes rencontrées sont des parents. La sollicitude manifestée par les enfants est la seule qui ne souffre aucune ambivalence. Aucune incertitude soupçonneuse ne vient ternir cet amour témoigné. En conséquence, les enfants concentrent l'essentiel de ce qui bâtit une relation positive à soi-même. En plus de leur affection, ils confèrent à l'individu un statut forçant l'élaboration d'un respect de soi. Et la satisfaction que chacun ne manque pas d'éprouver en exerçant ses responsabilités de parent nourrit une relative estime de soi. En même temps, les

individus ont peur de ne pas « *être à la hauteur »,* d'être des parents indignes et une menace pour leurs enfants.

La relation aux enfants constitue donc un ferment de la (re)construction de soi, noyau du processus de changement amorcé. Les enfants, leur présence, fondent une grande partie du basculement qui impulse le processus de sortie de la toxicomanie. Mais la relation reste ambivalente. Les enfants suscitent chez l'individu un malaise empreint de honte ou de culpabilité.

Les enfants comme support de la sortie

Les enfants comptent parmi les « déclics » qui impulsent le renoncement aux drogues. Erwan a entendu son médecin lui dire qu'il est allé très vite, qu'il a montré *« beaucoup de détermination. »* Lui-même a le sentiment d'avoir fait un effort. Il a essayé de « *se galvaniser, pour que ça aille vite, pour que ce soit une démarche honnête. »* Il a puisé l'énergie nécessaire à cette « *galvanisation* » dans la pensée qu'il était père *: « faire un enfant ça aide. »* Cet enfant n'a pas été conçu pour lui permettre de renoncer aux drogues mais « *quand il est né, alors qu'il prenait encore de l'héroïne, il a très vite arrêté. Il aurait pu arrêter même peut-être beaucoup plus vite et sans traitement parce que là c'est… Il s'agit d'un enfant. »* William est « *persuadé »* qu'il doit son renoncement à sa fille. Il ne prend plus de drogues, il est stabilisé dans son traitement, il passe des examens pour décrocher un diplôme puis un emploi : « *tout ça, surtout le fait de voir ma fille régulièrement, tout ça, tout ça, ce sont des satisfactions…C'est des plaisirs sains. »*

Une fois le traitement débuté, les enfants continuent de forger la détermination de sortie. Ils stimulent aussi le changement de mode de vie, protègent l'individu d'une rechute et participent du détachement de l'identité de toxicomane. Pendant tout l'entretien, les propos de Lydie sont commandés par une rationalité toxicomaniaque. Elle se présente comme une toxicomane : « *disons que je serais toujours attirée... Je suis toxicomane quelque part. Donc je serai toujours attirée par des produits qui défoncent. »* Le seul moment où elle se détache d'un discours sur les produits, le manque, « *le milieu »,* la seule fois où elle cesse de se présenter comme une personne faible ou velléitaire est quand elle parle de sa fille.

> *« Je commence à vieillir, j'ai une petite fille. Il me faut un appartement, trouver du boulot et… Pleins de trucs. Là, je vis avec ma petite fille. Donc, je fais des efforts. C'est à moi de dire non (Lydie). »*

Depuis qu'il prend du subutex, Damien dit ne jamais plus s'être senti « *mal dans sa peau » : « non non. Quand je vois ma fille tous les matins… Je… C'est bon ! Non, je suis très bien. »* Frédéric dit vivre « *seul, absolument seul. »* Puis, il se reprend aussitôt : « *enfin non. J'ai deux gamines, deux bébés adorables. Alors, par contre, elles me font vivre. C'est elles qui me font vivre. Dans ma tête, je vis pour elles… Je ne suis pas quelqu'un qui vit vraiment pour soi. »* Henri parvient à « *oublier carrément. »* Parce qu'il vit en couple, parce qu'il a « *un gosse* », parce qu'il en aura un autre à Noël. Il a *« autre chose à penser : le boulot, les gosses, les vacances. »* Damien se dit que *« ce n'est pas tout d'avoir arrêté l'héroïne. Maintenant il y a la vie. C'est pas tous les jours rose. En plus, il a un bébé. Il n'a plus le droit de se faire ses propres plaisirs personnels. Sa fille doit manger tous les jours.* Ça demande *« un travail, une organisation. »*

La mauvaise conscience

La relation aux enfants n'est pourtant pas placée sous le signe d'une sérénité sans entrave. La présence de ces derniers ne constitue pas non plus une protection sans faille empêchant les conduites déviantes. Remords ou bouffées de culpabilité viennent gripper les rouages de l'échange affectif. Ainsi de ceux qui craignent pour l'avenir de leur enfant, imaginant un quelconque atavisme. « *Il en a vu des vertes et des pas mûres »* s'inquiète Sofian à propos de son fils Timothé. De plus, il estime offrir aujourd'hui à son fils l'image « *d'un père moribond* ». Quand elle se réveille le matin, Marine ne demande plus « *si elle a de l'argent ou quoi que ce soit. »* Elle pense à Hermann, à ce qu'elle va faire dans la journée.

> *« Là je suis devenue actrice de ma vie. J'ai des responsabilités, il y a des choses que je dois faire, d'autres qu'il vaut mieux que j'évite de faire. Je le sais en plus, mais je me retrouve actrice de ma propre vie et de la vie de ma famille aussi qui a gagné énormément d'importance. Et donc, là, je note une évolution certaine par rapport à l'époque de la came (Marine). »*

Pourtant, Marine ne parvient ni à se rassurer quant au futur de son fils, ni à s'alléger du poids de la culpabilité qui la tenaille. Occupant l'essentiel de l'entretien, ses propos sur son fils oscillent entre remords et tentatives permanentes de réassurance personnelle. Très rapidement, elle avance que *« ça n'a pas grand chose à voir avec la question mais qu'elle parle d'Hermann, parce que ça la démonte. »* Elle « *estime*

qu'elle a fait pâtir son fils le moins possible. » Mais, « *il a pâtit quand même. Suffisamment pour qu'il manifeste des troubles de la personnalité. »*

> *« C'est vrai qu'il a assisté à quelques scènes de violence. Son père, une fois, s'est fait démonter la tête par un mec. On dealait. Donc il y a des rapports de violence quand même. Autant que faire se peut, on empêchait aux gens de faire des shoots à la maison parce qu'on se disait que, déjà, nous ça suffisait et qu'Hermann n'avait pas besoin de… Même si jamais ça ne s'est passé devant lui. Mais il n'empêche qu'un jour, y'a un copain qui était là, et qui est parti dans la chambre. Pour Hermann, c'était très clair : quelqu'un qui partait dans la chambre, il allait y faire un pain. Et avant qu'il y aille, Hermann lui a demandé s'il n'avait pas oublié un bout de citron et là !!! Je suis restée... Assise. Parce qu'il n'avait pas compris ce qui se passait dans la chambre, mais il avait compris que tous les mecs qui partaient là-bas, ils partaient avec une petite cuillère, un couteau, de l'eau et un bout de citron (Marine). »*

Pendant *« la came » ,* elle et son mari n'étaient *« pas toujours très réceptifs tous les jours. C'est vrai. Et alors, c'est là qu'arrive la grosse culpabilité : on se dit, moi surtout, que les problèmes d'Hermann viennent de notre passé… Et ça, c'est lourd à porter. »* Pourtant, personne ne lui a dit réellement : « *c'est parce que vous avez un passé chargé que votre fils a ce genre de problème. »* Marine pense qu'un « *psy* » ne peut pas dire ça. Pour elle*, « ça peut être génétique, tout simplement. »* Mais elle n'arrive pas à se « *rassurer ».* Hermann « *a fait des cauchemars*, *il a recommencé à faire caca dans sa culotte, il est beaucoup plus près des adultes dans les cours de récréation par exemple. »* Une psychologue scolaire a convoqué Marine et son mari. Elle leur a expliqué qu'Hermann avait « *des problèmes de socialisation par rapport aux autres enfants. »* Elle a parlé « *de le sortir de l'école. »* Marine trouve ça *« horrible ».* D'autant qu'elle a son explication. Quand elle regarde son fils, elle ne voit pas *« un schizophrène ou un psychotique ou ce qu'on lui a dit. »* Elle voit bien « *qu'il n'est pas tout a fait pareil que les autres enfants. Mais elle se demande si c'est vraiment un handicap grave et si ça justifie de le faire rentrer en hôpital de jour ! »* Il va devenir un enfant *« di-fé-rent !* ». Et ça, Marine s'y oppose « *complètement* ». Ça lui rappelle ce qu'elle a subi avec son mari : « *c'est justement ce qu'on a essayé de faire avec nous. Nous enfermer dans les hôpitaux psychiatriques ! »* S'il cherche *« des câlins à l'école, s'il est avec les adultes »,* c'est qu'il est en avance : « *à deux ans, il parlait déjà comme*

un livre. » Les autres enfants ne sont pas sensibles à ça. « *Il se dit que les adultes, eux, seront sensibles à tout ça et à son charme. »* Le *« caca à la culotte, c'est grave. Mais c'est arrivé juste après qu'il aille voir un psy. »* Là-dessus, Marine insiste catégoriquement *: « ce n'était pas avant, c'était après ! »* Et puis la *« psy »* leur a dit *« tellement de choses. Cette histoire de bouffées délirantes pour les cauchemars ! »* Là aussi Marine n'est pas convaincue, elle hésite.

> *« Il disait qu'il entendait des voix, ce qui peut... En même temps, ça peut très bien être lié au cauchemar et à rien d'autres ! Il a eu une fièvre violente… Enfin… Comme peuvent en avoir les enfants. Et avec une otite. Donc il entendait des voix... Mais est-ce que ça ne peut pas être la fièvre, l'otite qui génèrent… ? La psy en a tout de suite déduit... Moi j'ai trouvé son raccourci un peu rapide. Quand même ! Bouffées délirantes, schizophrénie, sortez-le de l'école ! (Marine) »*

L'omniprésence d'Hermann dans les propos de Marine est remarquable tant pour la culpabilité qu'elle nourrit à l'égard de son fils que pour le rôle de soutien qu'il joue dans son processus de sortie de la toxicomanie. Même tourmentée par les difficultés de celui-ci, Marine se sent maintenant et pleinement *« une mère »,* et elle s'appuie sur ce rôle de mère afin d'asseoir les tenants de son équilibre personnel : « *la culpabilité est lourde à porter et en même temps, je suis une mère. »*

Conclusion partielle

La confiance et l'estime que les individus puisent dans l'affection de leurs enfants est souvent contrariée. Mais l'obstacle posé à leur épanouissement n'est pas de même nature que ceux qui interviennent dans la relation aux proches. Il s'agit d'une retenue unilatéralement secrétée par l'individu et non plus nourrie de part et d'autre comme c'est le cas avec l'entourage. Avec leurs enfants, les individus ne font pas les frais du soupçon. Ils cherchent à se prémunir de toute éventuelle dérive, par crainte du regard de leur enfant mais aussi parce qu'ils sont poussés par un désir de dignité qu'ils associent à leur rôle de parent.

De manière plus générale, la présence des proches tout au long du parcours individuel, toxicomanie et sortie de la toxicomanie, constitue un support exerçant une influence profondément ambivalente sur l'expérience individuelle. La dimension de contrôle social inhérente à l'instance de socialisation familiale freine la consommation

de drogues puis vient soutenir le retour à une vie ordinaire. La sollicitude indéfectible est source d'un réconfort tout à fait essentiel pour celui qui perçoit ses propres agissements sous l'angle de l'indignité. Fidèle, la sollicitude est toutefois associée à un doute quant à la « *normalité* » de l'individu, quant à ses aptitudes à redevenir « *normal* ».

Les individus ont abandonné les conduites déviantes liées à leur consommation de drogues. Mais, continuant de se percevoir comme des toxicomanes, et parce que cette identité leur est renvoyée par autrui, ils craignent de n'être jamais totalement protégés d'une « *rechute* ». Même s'ils ne consomment plus de drogues, les individus redoutent de « *recommencer* ». En conséquence, ils souhaitent et demandent un contrôle de cette partie d'eux-mêmes qui les fait « *être toxicomane* ». Dans le même temps, la permanence de cette crainte « *d'être encore toxicomane* » partagée par leurs proches fait obstacle à l'échange interpersonnel, à la transformation de la sollicitude témoignée par l'entourage en confiance et estime de soi.

III) Les relations avec la police

La stabilisation en traitement signifie l'abandon d'un mode de vie essentiellement centré sur la recherche et la consommation de drogues. A l'exception d'une minorité d'individus en période de rechute, et donc non encore stabilisés, l'ensemble des personnes rencontrées n'a plus de conduite délinquante. En conséquence, les individus n'ont plus de relations avec la police[7]. Mais ils conservent le souvenir d'altercations diverses. Ils restent marqués par la pression croissante de la présence policière tout au long de leur toxicomanie et plus encore par les gardes à vue ou la prison que certains ont connues. La répression partie prenante de la toxicomanie est un facteur non négligeable du renoncement aux drogues. La pensée des relations avec les policiers se maintient, elle influence le travail de sortie mené par l'individu. La nature de la relation aux agents du maintien de l'ordre éclaire aussi le positionnement et la perception des individus quant à ce qui correspond à un contrôle efficace. Leur attitude à l'égard de la police est profondément ambivalente. Ils abhorrent ceux qui ont brisé une partie de leur

[7] En revanche, deux parmi les personnes rencontrées sont aux prises avec le règlement de contentieux liés à leurs activités passées. Ils ont donc affaire aux tribunaux, aux juges et risquent l'application de peines plus ou moins lourdes. Cette permanence du passé dans leur présent freine nécessairement leur processus de sortie de la toxicomanie.

vie par des sanctions sociales lourdes de conséquences concrètes et psychologiques. Ils s'insurgent contre ceux qui ne s'embarrassent pas de détail et ignorent les individualités. Dans le même temps, ils manifestent un forme de familiarité avec ces policiers qui connaissent les réalités de terrain, ils soulignent l'efficacité des sanctions prises contre les dérapages individuels et gratifient la police de les renvoyer à leurs responsabilités.

III.1) « Haine du flic[8] »

A première vue, « *le flic* » s'attire « *la haine* » des toxicomanes. Figure du « tout répression » il ne suscite qu'aversion et mépris. Hélène a passé un an en prison. Quand elle en est sortie elle avait « *une haine du flic, quelque chose de ! Le premier truc qu'elle avait envie de faire, c'était de lui prendre son arme et de lui tirer dessus. »* Elle était dans *« un tel état de révolte, ça devenait presque obsessionnel. »* Clément, Loïc, Hassan ne se relèvent pas des années passées en prison. Le premier n'a de cesse de revenir sur cet épisode. Les quatre ans purgés en milieu carcéral en deviennent central dans l'ensemble du parcours livré. Clément a été en prison à l'âge de 22 ans : « *j'ai fait quatre ans de prison (...) J'ai pris quatre ans, j'ai passé quatre ans de ma vie en prison. Tu as perdu un peu de ta vie… Quatre ans. »* Sans forcément mener à l'emprisonnement, les altercations avec la police ne manquent pas. Perquisitions, gardes à vue, arrestations, filatures marquent profondément les individus. Lors d'une réunion de groupe que nous avons organisée, la présence d'un interlocuteur membre de la brigade des stupéfiants a déclenché des accès de colère brute. D'emblée, incapable de contenir sa violence Hélène interpelle férocement celui qui n'est pour elle que le représentant d'un pouvoir arbitraire.

> *« La même soirée où j'ai été arrêtée, il y a un black qui a été arrêté en même temps que moi, d'accord ! On a été chercher sa femme chez lui et ça s'est passé à peu près comme ça : on a fait rentrer sa femme dans la pièce à côté, lui il était dans le couloir, menotté alors que moi je ne l'étais pas. Pourtant, on avait un peu le même délit. Mais lui il était attaché au radiateur, pas moi. Et donc sa femme on entendait des bruits dans le genre de claques, de coups de poings avec des « salope ! Tu vas parler ? Où c'est qu'il l'a mis ? » Et la fille on a appris après qu'elle n'était pas touchée hein ! D'accord ! Mais son mec il était fou ! Il était prêt à...il se torturait, il essayait de se sortir les menottes etc. La*

[8] Nous userons de ce vocable pour désigner les agents du maintien de l'ordre parce que c'est celui qui est employé par les individus.

femme on ne l'a pas vue. Le black on l'a fait rentrer dans la pièce à côté pour l'interroger. Et lui par contre je l'ai vu sortir d'accord ! Je l'ai vu sortir la gueule en sang ! Je l'ai vu sortir avec le visage tout ouvert. Et après sa femme je l'ai revue. Elle n'avait pas été touchée d'accord ! Et ben, ça, c'est des choses qui sont absolument… Qui m'ont complètement traumatisée... Il y avait un mec à côté de moi il en pleurait. Il n'avait rien à voir avec ça. Alors ça, moi j'aimerais savoir quand même !... Ce sont des choses qui se passent à l'heure actuelle ! Je trouve ça totalement inadmissible ! (Hélène) »

Plus calmes mais non moins grinçants, les autres membres du groupe prennent successivement la parole pour égrener les souvenirs encore brûlants d'altercations avec des policiers que tous qualifient, lieutenant compris, de « *flics pourris* ».

« Et ça se pratique toujours la perquisition avec le calibre sur la tempe ?! (Christian) »

« Il y a quand même des policiers... Moi j'étais en manque, j'ai vu des policiers me mettre devant l'héroïne dans une seringue et jouer aux fléchettes avec la seringue sur une cible installée sur le mur ! Quand on se roule par terre et qu'on vomit, là, on leur dit que même sa mère elle vend de l'héroïne depuis 20 ans ! (Philippe) »

Pas de place pour la mesure à propos de tels souvenirs. Essentiellement parce qu'ils actualisent l'humiliation ressentie. Les individus revivent le mépris dont ils ont fait les frais, cela ravive une certaine image de soi. S'ils peuvent ou ont pu faire l'objet de tels abus, c'est bien qu'ils ne « *valent pas grand chose* », qu'ils ne sont « *que* » des toxicomanes. Ici se situe l'humiliation faite à leur personne. *« A la rigueur c'est : les drogués au poteau, douze balles dans la peau » (Kalil).* Le souvenir de ces épisodes passés rappelle à l'individu l'absence de considération de sa personne. Plus que les souffrances physiques liées à certaines situations passées, c'est leur résonance morale qui affecte l'individu. Le passé venant lui rappeler qu'il ne saurait être reconnu pour autre chose que cette identité de toxicomane qui appelle au mépris et permet aux policiers de se livrer à tous les excès.

Les « *flics* » portent un jugement des plus sévères sur les agissements des trafiquants et usagers de drogues. Les premiers sont sans conteste des criminels, les

seconds presque tous des délinquants[9]. Les sanctions adoptées sont sévères et affectent lourdement les individus. Pendant la réunion, certains s'insurgent d'être *« traités comme des terroristes »* (Hélène).

> *« On met en place une juridiction d'exception pour les toxicos, identique à celle qui a trait au terrorisme pour des affaires de stupéfiants qui, parfois, ne touchent pas des quantités importantes. Je trouve que là on déborde de la démocratie !* (Jacques). »

Ce à quoi le lieutenant rétorque qu'il ne fait pas de différence entre un terroriste et un dealer : « *Moi je pense qu'un terroriste qui va se mettre devant une école ou dans une rue avec un pistolet mitrailleur, il va rater pas mal de personnes, heureusement. Il va en toucher certaines, plus ou moins gravement, il va en tuer d'autres. Un dealer c'est pareil* (Lieutenant). »

Les relations entre « flics » et usagers se fondent sur un pragmatisme qui ne s'embarrasse pas de « considérations personnelles ». Hélène est suivie par l'ensemble du groupe quand elle se dit profondément choquée par le tout répression adopté par les « flics ». Ceux-ci feraient fi du travail de prévention et ignoreraient purement et simplement « *qu'on est tous arrivés là pour des raisons différentes* (Marine). » Pourtant, le lieutenant précise que son « boulot » c'est la répression : « *en admettant que je sois un ponte en psycho ou en socio, si j'arrive devant des toxicos pour faire de la prévention, ils ne vont voir que le flic qui les a foutus en garde à vue ou qui va les mettre en taule.* » A ses yeux, « *mieux vaut essayer de faire bien son boulot que mal le boulot des autres*. » Entendant ces propos, les personnes réunies acquiescent et reportent la responsabilité d'un inacceptable « tout répression », sur « les politiques » et la loi du 31 décembre 1970.

III.2) Humour et connivence

A propos des policiers, l'écartèlement du positionnement individuel est à son comble : l'aversion le dispute à la quasi sympathie. Le « *flic*» est aussi bien un « *flic pourri* » qu'un *« mec qui fait son boulot»*, en toute honnêteté (Hassan). C'est « *le salaud qui tabasse* », qui « *casse tout dans la maison*» (Jean-Luc) ou reste impassible

[9] La délinquance concerne ici les exactions – vols, braquages – souvent commises par des usagers en quête de produit. Elle ne tient pas au statut de délinquant attribué de fait même aux usagers simples de stupéfiants par la Loi du 31 Décembre 1970. Cette dimension de la législation est critiquée par un nombre non négligeable de policiers.

alors *« qu'on se roule par terre devant, tellement on est en manque»* (Hélène). Mais c'est aussi celui *« qui me connaît (connaissait) depuis longtemps»* (Didier et Stéphane), celui *« qui fait partie de notre vie»,* presque « *un ange gardien» (*Hélène). Entre ces deux pôles, un saut qualitatif, que les individus enjambent aisément à quelques phrases d'intervalle. Ainsi, Hélène est « *profondément choquée »* par le discours de son interlocuteur lieutenant de la brigade des stupéfiants : *« lui, c'est répression, que de la répression, quand il a dit ça, ça m'a fait froid dans le dos. »* Un peu plus loin, elle semble s'être aguerrie face à ce *« tout répression »* qui n'est plus que « *un peu gonflant à la longue. »*

Située au plan collectif des difficultés rencontrées par les toxicomanes, la critique de la répression fait l'unanimité. Mais quand on glisse vers l'expérience plus individuelle des relations avec les agents du maintien de l'ordre, les propos se font plus ambigus. Et ce qui frappe, c'est avant tout le caractère désinvolte des rapports « *toxico-flic* ». Pendant les deux heures de la réunion organisée entre les deux parties, ce sont l'humour et la connivence qui ont emporté les échanges. Certes, le lieutenant invité n'avait rien de ces « *salauds* », unanimement persiflés, ce qui a influencé la coloration de la discussion. Il n'empêche. Les éléments que nous rapportons ici sont caractéristiques d'une dimension essentielle de la relation « *toxico-flic*» . En entretien individuel, il est plus rare que les individus fassent si manifestement mention de « *la sympathie* » qui les lie au bout du compte avec « *les flics* ». Néanmoins, certains sourient à l'évocation des « *jeux de cache cache »* livrés avec la police. Et les agents du maintien de l'ordre y apparaissent tour à tour comme des brutes ou comme des protecteurs. Manifestement, les deux parties n'ont guère de mal à se parler et s'entendent sur les termes comme sur le contenu de l'échange. Dès le début de la réunion, on parle spontanément « *came », « dope », « perqui », « sous-marin »* ou *« ballon »*[10]. La discussion s'anime mais les différends ne débordent jamais en franche hostilité. Même, les uns et les autres se piquent d'humour et l'échange s'épanouit parfois en éclats de rires. Chacun joue la scène d'une rencontre entre « *des toxicos* » et « *des flics* ». L'échange débute souvent d'emblée sur les produits. Le lieutenant parle de son expérience. Quand il est arrivé à Bordeaux, le gramme *« d'héro était à 800. Aujourd'hui, on peut trouver le gramme à 1200. »* A cette annonce, l'ensemble du groupe réagit en apparentes provocations. *« C'est un bon plan ! » (*Philippe), *« Ah oui !*

[10] Comprendre : drogue, perquisition, filature et prison.

*Ah oui ! » (*Hélène). Et le lieutenant sur le même ton : *« eh ! C'est mon boulot d'avoir les bons plans* -rire général- *ça fait le gramme à 250 balles. » « Où ? Quand ? »* (Hélène). Suit l'évocation d'un mode de vie chaotique qu'un des interlocuteurs tourne dans la dérision d'une « *petite vie de galère* », pour faire rire l'assemblée. Le lieutenant évoque *« le problème des horaires, de vie un peu décousue »* et Jacques lui emboîte le pas : *« de planques pendant des heures. T'es planté pendant des heures dans une R5 et t'attends pendant huit heures que le mec sorte de chez lui alors qu'il est en train de baiser sa gonzesse. »* Le groupe part d'un éclat de rires, le lieutenant acquiesce : *« ça m'est arrivé. »* Il a le sourire aux lèvres, comme une invitation à Jacques qui poursuit : *« ou alors t'es dans le fourgon en plein hiver. Le chauffage ne marche pas. Tu commences à te geler le cul, il fait –5° dehors. »* Et le lieutenant de rétorquer *« ah non ! Les fourgons sont climatisés maintenant. » « Ah bon, vous avez la clim maintenant ? !* (Jacques) »

Nous rapportons ici l'atmosphère d'une rencontre entre un petit groupe d'individus et un lieutenant que rien n'apparente au « *pourri* » conspué ailleurs. Les échanges n'embrassent donc pas l'ensemble des interactions susceptibles de se nouer entre des toxicomanes et des représentants de l'ordre. La méfiance latente en début de séance, les refus de participer à la réunion que nous avons pu essuyer – refus précisément liés au statut de l'interlocuteur –, parlent pour une agressivité qui trouve à s'exprimer ailleurs. Pour autant, les interactions observées comme les propos recueillis individuellement, mettent en relief cette forme de connivence, partie prenante des relations aux gendarmes, douaniers ou policiers que les individus côtoient. Cette relation est d'abord affaire de proximité. Des accointances réunissent ceux qui évoluent au quotidien dans « *le même milieu* ». Situés de part et d'autre de la légalité, les « *toxicos* » et « *les flics* » n'en partagent pas moins l'univers ordinaire du trafic et de la consommation de drogues. Les uns comme les autres se positionnent en outre aux plus bas échelons de la hiérarchie du crime d'un côté, de la justice de l'autre. Simples usagers ou trafiquants « *à la petite semaine* » pour la plupart côtoient de « *simples flics* », exécutants d'une politique émanant de sphères de décision dont ils sont généralement coupés. Le lieutenant précise qu'il est *« en bout de chaîne »,* comme *« les toxicos d'ailleurs : je ne sais pas si c'est le flic ou le toxico le dernier maillon. »* Hélène reprend pour le bon mot : *« on est tous en bout, le dernier maillon ça doit être le flic toxico ! »* (rire général)

Cette communauté de position s'avère propice au rapprochement de vues. Passés les reproches ou incriminations réciproques quant au caractère injuste d'une répression aveugle d'un côté, à la gravité de quelque forme de délinquance que ce soit de l'autre, les « *toxicos* » et les « *flics* » se retrouvent sur leur impuissance face aux mécanismes globaux responsables de leur expérience particulière des mondes de la drogue. La mise en cause du grand trafic, des « *vrais* » criminels, des incohérences de la politique ou des gouvernants circule de part et d'autre dans la plus parfaite intelligence. A tel point que, en forçant le trait, les uns et les autres pourraient presque s'entendre sur un « *même galère, même combat* ». Le lieutenant *« n'a pas la prétention d'arrêter les drogues à l'échelle planétaire ou même à Bordeaux. Même si on voulait on n'y arriverait pas. »* Et il ajoute : *« ça nous dépasse un peu tous »,* avec un « nous » qui parle pour ces « simples flics » dont il fait partie mais par lequel il s'insère aussi dans un collectif plus large qui inclut « les petits toxicos ».

> *Lieutenant : « je vais prendre un exemple bête. On ne peut pas enfoncer la porte de l'ambassade et choper l'attaché militaire dans son coin parce qu'il est trafiquant de drogue. On ne peut pas le faire, légalement, on ne peut pas.*
>
> *Philippe: Dans la valise diplomatique on sait très bien que…*
>
> *Lieutenant : Tout le monde le sait.*
>
> *Clément : Et c'est toujours les mêmes qui trinquent.*
>
> *Christian: Comment faire pour arrêter ces gens là ? »*

A force d'évoluer dans le même milieu, les attitudes et réactions deviennent parfaitement attendues. Peu ou pas de surprise à « *être filé* » ou arrêté. Ce sont *« les risques du métier »* ou l'issue probable d'un *« jeu de cache-cache»* pleinement assumé. Frédéric n'a pas été *« traumatisé »* chaque fois qu'il s'est fait arrêter : « *j'avais perdu, point à la ligne ! »* Il *« jouait »,* il *« dealait »* et *« on sait très bien quand on se met à dealer, qu'on joue avec le feu avec les flics. »* Les « *délinquants professionnels* » ne s'en trouvent ni surpris ni affligés : « *c'est la routine* ». Didier savait qu'il allait rentrer chez lui après avoir été interpellé. « *Au bout d'un moment, les commissariats c'est vraiment la routine. »* Une routine qui verse parfois dans la dérision partagée. Pour lui, le début des filatures a marqué dans le même temps le commencement d'un jeu. Tous les jours, il voyait « *les flics* » en bas de chez lui, il leur faisait *« coucou, salut. »* Il allait

« braquer » et savait aussi bien que « *sa garde rapprochée »,* qu'ils se retrouveraient devant chez lui. Une fois, *« les flics* » n'ont pu réunir assez de preuves pour l'incarcérer. Quand il est parti du commissariat il s'est *« amusé à faire un pari. »* « *Le flic* » lui lançant un : *« de toutes façons, je suis sûr qu'avant un mois je t'aurai. »* Et lui de répondre : *« ah oui ? on fait le pari ? »* Trois semaines après, il se faisait arrêter. C'est à douze ans que Jean Louis s'est fait arrêter pour la première fois. Dès son plus jeune âge *« avec les condés*[11]*, c'était plus de l'amusement. »* Quand il est « *vraiment tombé dans la came »,* cet amusement a franchi un saut qualitatif : « *là, c'était de la provoc à fond ! »*

Ce positionnement individuel à l'égard des agents du maintien de l'ordre illustre le rapport à l'autorité qu'ils représentent. La désinvolture avec laquelle certains se jouent de cette forme d'autorité signale une aptitude à la transgression dont on peut penser qu'elle tient en partie à la socialisation aux mondes de la drogue. La poursuite de la consommation de drogues suppose d'apprendre à s'épargner les altercations avec la police. Elle suppose aussi d'apprendre à assumer ces constantes infractions à la loi. Charlotte ne se sent pas semblable ou proche de tous les toxicomanes. Mais il y a « *des choses* » qu'elle partage avec eux, notamment un « *certain rapport à la légalité*. » Elle explique qu'à force de se livrer à des activités délinquantes, « *ce qui est légal ou pas légal perd beaucoup de son sens. »*

Entre petites provocations et paroles entendues, de rencontres fortuites en arrestations prévisibles, « *on se connaît »* ou « *on finit par se connaître* ». Pas besoin « *d'employer les grands moyens pour interpeller. »* Les appels de phare suffisent : « *les toxicos savent très bien qui on est. Ils savent très bien qu'on est là. On leur fait deux appels de phare, c'est bon* (Lieutenant). » Cette reconnaissance devient parfois partenariat. « *On* » peut être amené à œuvrer côte à côte contre le trafic : « *c'est donnant-donnant* ». Jacques ressort du commissariat avec « *de la came bien meilleure »* que celle pour laquelle il s'est fait arrêter. C'est qu'il y a *« des éléments de pressions »* qui font qu'il n'a *« aucune raison de vouloir jouer les héros »,* ce que prétendent *« la plupart des mecs. »* Lui pense qu'il n'a *« aucun scrupule à avoir s'il s'agit du dealer zaïrois qui lui tape 500 sacs. »* Il ne va pas prendre sa défense « *sous prétexte qu'il n'est pas une balance. »* Surtout qu'il a passé une nuit au commissariat avec *« le flic méchant qui toute la nuit te tourne autour avec de la poudre »* et au petit matin, *« le même flic*

[11] Policiers.

qui vient avec un valium et un peu de poudre pour te calmer, pour au moins rentrer chez toi et repartir sur un autre plan.» Jacques repart donc avec de la « *poudre* », « *on »* lui a dit « *qu'on* » le rappelait dans quinze jours et qu'il aurait droit à 10 %. Il trouve que *« ce sont des pratiques de bonne police quelque part*[12]*. »*

III.3) Des activités voisines, des connaissances partagées

Au fond, il semble donc que les individus éprouvent pour « les flics » si ce n'est de la sympathie, du moins une forme de respect. Aucun ne met en cause le bien fondé de l'activité policière. « *Des flics, il en faut »* concède Frédéric rejoint en cela par la grande majorité des personnes rencontrées. Le contenu des échanges n'est certes pas toujours à la complicité bonhomme mais c'est une forme de familiarité qui préside à la relation ne serait-ce que parce « *les flics sont toujours là* ». Ce sont les rares ou les seuls témoins des aléas du mode de vie individuel. Et ils ne sont pas totalement extérieurs à ce mode de vie, leur activité professionnelle les fait entrer dans ces mondes de la drogue. Les statuts comme les rôles diffèrent mais « *on* » partage les codes et parfois, à peu de chose près, les attitudes. La présence concrète des « *flics* » sur le terrain alimente une connaissance tangible de la réalité de la toxicomanie[13]. Réciproquement, les individus ont une connaissance pratique de l'activité policière comme des positions adoptées à l'égard des toxicomanes. Les « *toxicos* » courent après les produits, les « *flics* » traquent les drogues. L'ardeur des uns est prescrite par le manque, celle des autres est un impératif professionnel. Mais pour les uns comme pour les autres, la réussite de l'entreprise suppose un certain professionnalisme qui se forge par l'expérience « *du terrain* », du « *milieu* ». Les « *toxicos* » risquent de « *se faire avoir* » sur la qualité des produits ou par un autre usager plus rapide qu'eux à s'en procurer. Les « *flics* » peuvent « *se faire berner* », manquer leur cible. L'allié des uns et des autres est le temps. Un allié qui peut se retourner en épuisement physique et moral, certes de nature différente, de part et d'autres. La réalité des mondes de la drogue est aussi à la violence. « *Flics* » comme « *toxicos* » doivent apprendre à l'esquiver, gérer le stress

[12] Le « contrat » évoqué ici par Jacques signifie que les policiers lui proposent une partie de la saisie de drogues qu'ils pourront réaliser s'il leur fournit des renseignements sur une filière de trafiquants.

[13]Cette présence et le partage des mêmes conditions de vie au quotidien, (conditions d'existence pour les toxicomanes, de travail pour les policiers) est aussi et surtout ce qui réduit la distance sociale entre les toxicomanes et les policiers. Cette proximité matérielle se transpose au sein de la relation, en rendant les policiers plus familiers et/ou accessibles que d'autres intervenants pourtant plus favorables à leur venir en aide. Voir Dubet, F., La galère, Jeunes en survie et Dubet, F., Jazouli, A., Lapeyronnie, D., *L'Etat et les jeunes*, Paris, Ed Ouvrières, 1985.

inhérent à un système relationnel strictement fondé sur l'intérêt et, par là, intraitable. Soutenir la violence c'est mettre en place des stratégies et de côté l'affectivité. Les usagers voient « *de tout dans ce milieu pourri, pas net*(Charlotte)[14]. » Les flics doivent *« faire le travail avec la tête, faut pas trop le faire avec le cœur parce qu'on voit des choses telles que… » (*Lieutenant). La violence est souvent relativement surmontée, elle n'empêche pas les transactions. Malgré tout, difficile d'être tranquille. Frédéric disposait d'un « *emploi du temps réglé pour son business*. » Il avait constitué un réseau de « *clients »* stable. Mais « *même quand il avait fini sa tournée, il y a toujours un mec qui passe chez toi pour te prendre la tête avec ses petits sous, ses petits soucis, ses petits malheurs. »* Quand il ferme la porte du bureau, le lieutenant n'est pas tranquille pour autant : « *je rentre chez moi mais je ne peux pas couper avec tout ce que j'ai fait dans la journée. »* Cette pression, presque permanente, compte parmi les éléments motivant le renoncement aux drogues d'un côté, les doutes quant à la poursuite de l'activité de l'autre : « *il y a une période où j'étais vraiment mal, mal ! Je me demandais si j'allais vraiment rester faire le métier parce que je voyais des choses… (*Lieutenant). »

Les relations ne sont pas qu'à la violence. On rencontre des dealers et des « *flics* » « *réglos* » voire « *sympas* ». En conséquence, « *on s'adapte ».* Jacques n'a pas de scrupule pour « *balancer le dealer zaïrois* » mais un autre dealer est *« presque un ami. »* Parmi les flics, il y a *« les vraies brutes, sadiques »* (Hélène) mais aussi *« des flics qui font bien leur travail et qui, en plus, sont plutôt sympas, aussi sympas que le dealer, gentil, qui te connaît et un jour t'as pas de tunes, il te file quand même le truc (*Jacques). » Les « *flics* » aussi peuvent *« te filer un truc quand tu sors et que tu es à quatre pattes, en manque, sans tune. »* Christian trouve le lieutenant « *clair, honnête…Sympathique. »* Le lieutenant reconnaît et déplore qu'on puisse *« tomber sur des flics qui sont de véritables ordures. »* Il y a aussi *« des toxicos ou des dealer qui sont de véritables ordures. »* Dans le cas contraire, il « *s'adapte* ».

> *« Moi, j'ai une loi donc je l'applique. Mais je peux faire des variantes. Si la personne ça se passe bien, son gramme je vais le lui prendre, je vais le mettre sous scellé. Et puis on va faire une petite audition et puis on va voir. Je laisse ma carte, mon numéro de téléphone, on se rappelle (Lieutenant). »*

[14] Sans que nous fassions mention de quelque violence que ce soit, nombreuses ont été les personnes interrogées qui nous ont mises en garde lors de l'enquête de terrain. « Il faut vous méfier », « faut pas être trop gentille », « c'est un milieu glauque », « vous n'avez pas peur ? » comptent parmi ces mises en gardes entendues.

III.4) Entre crainte de la répression et reconnaissance de sanctions efficaces

Il n'y a pas d'amis dans la « *came* », mais les relations couvrent un panel allant de la pure brutalité à la presque civilité. Cela ne diminue pas pour autant la crainte de la répression. Les individus redoutent plus que tout de « *tomber »* aux mains des policiers. Pour « les habitués » des commissariats cela signifie une lourde sanction, une peine de prison. D'autres craignent fortement de se faire *repérer* ou arrêter ne serait-ce qu'une fois. Mais quelle que soit la limite significative de cette « *chute* », le pouvoir de répression « *des flics* » marque un seuil au-delà duquel « *rien ne va plus* » : *« quand on se rend compte qu'on se retrouve inculpé, qu'on se retrouve voyou avec les menottes. On se rend compte qu'on est…Mais on prend peur ! Moi j'ai pris peur c'est net ! (Frédéric) »* Julien a été arrêté plusieurs fois par *« les flics » : « arriver à des trucs comme ça, ça devient vraiment critique. »* Clément a eu peur en prison : « *faut pas rêver. Quand vous savez qu'un mec, à 30 ans, il a déjà passé onze ans de sa vie en prison ! »* La prison, Fabrice ne pouvait *« même pas l'imaginer. »* Il avait *« la trouille. »* Il vivait *« avec cette épée de Damoclès sur la tête. »*

L'élément le plus significatif de cette appréhension n'est peut être pas le débordement de colère qui fait souvent directement suite à l'évocation de la répression. Les sanctions prises à l'égard des individus les marquent profondément. Mais elles satisfont également un désir d'être arrêté dans leur entreprise qu'ils mettent plus ou moins confusément en avant. L'activité policière rappelle aux individus qu'il existe une réalité limite au-delà de laquelle « *on frappe* ». La répression constitue donc l'ultime expression d'une autorité qui a ici valeur de protection de soi ou contre soi. Une autorité dont les individus, pris dans une situation extrême, ont probablement perdu le sens. Hassan considère le flic comme *« la première étape vers l'autorité. »* Hélène l'envisage *« un peu comme le père. »* Il y a *« la peur du flic »* parce que *« quand tu vas dealer, tu te dis toujours : il va être là. »* Mais le flic *« tu vis avec, il y a toujours un flic à côté de toi. »* Cette présence est ici une véritable « *protection rapprochée* ». On ne saurait dire plus explicitement le mélange de crainte et d'attachement investis dans la relation. Au sentiment déstabilisant d'avoir perdu le contrôle de soi, les individus attendent une réponse univoque : être arrêtés[15] puis tenus sans plus d'hésitation. Parce que

[15] Au sens figuré.

l'engrenage est d'abord celui du quotidien, les « *flics* » témoins privilégiés de ce quotidien, paraissent les plus à mêmes d'intervenir.

Au moment du renoncement aux drogues, la sortie de la toxicomanie est définie en termes d'apaisement physique et psychologique inhérent aux conditions d'existence, au mode de vie infernal et aux souffrances quotidiennes. Autant d'éléments directement déterminés par la recherche et la consommation de drogues, soit, aussi, ce qui concentre l'essentiel de l'activité policière. Le moment du renoncement aux drogues est aussi celui où la sortie est ressentie comme impérative, inconditionnelle. Même s'ils sont les premiers à pressentir la lourdeur d'un processus nécessairement long, les individus souhaitent, à ce moment là, un changement dont la radicalité doit être à la mesure de leur désir de sortie. Là aussi, de nature intransigeante, les sanctions ou interventions policières paraissent efficaces. Avec « *les flics* » ou en prison, « *on* » n'a pas le choix, pas de marge de manœuvre qui pourrait ouvrir la porte à une rechute.

Par sa présence et sa capacité de sanction, « *le flic* » incarne donc un point d'arrêt possible à la dérive personnelle. Et les individus nourrissent malgré tout une volonté d'être, au moins, pris dans la répression. Ainsi d'Abdel qui *« s'est vu avoir vraiment envie que les flics passent et le ramassent »* à un moment de crise d'angoisse consécutive à une ingestion de « *speed* ». D'autres assimilent la menace policière au déclic qui leur a permis d'arrêter. Ils présentent, non sans cynisme, les sanctions purgées comme leur voie de sortie. Pour Frédéric, « *le déclenchement* » a été de « *manquer de prendre deux piges pour proxénétisme, à cause de la came.* » Il n'a pas décroché dès le lendemain, mais *« ça a été le déclic dans sa tête, qui lui a fait se dire : il va falloir que tu sortes de cette merde. »* Clément ne dit pas que *« c'est bien la prison. »* Ce n'est pas *« une bonne idée. »* Il faudrait *« aider les toxicos, leur donner quand même des restrictions mais pas comme la prison. »* Pourtant, « *c'est la prison qui lui a ouvert les yeux.* »

Parmi les contrôles sociaux qui s'exercent sur les individus, la répression policière figure donc un alliage des plus ambigus entre contrainte et soutien. Les individus s'insurgent contre la brutalité policière et refusent l'idée d'une répression des usagers de drogues. Dans le même temps, ils respectent la fonction et les compétences de ces « *flics qui font honnêtement leur boulot* » et ils reconnaissent dans leur activité ce qui a valeur de protection pour eux. Plus ou moins rapidement « *on veut sortir de cette merde* ». Et *« les toxicos, il faut les cadrer ».* « O*n n'est pas obligé de ne faire que de*

l'autorité et du cadrage. Mais l'autorité, il faut qu'elle continue à persister (Christian). »

III.5) Etre mis face à ses responsabilités

La capacité de contrainte des agents de la répression est peu ou prou valorisée. La répression en soi et la brutalité *a fortiori* ne font l'objet d'aucune espèce de transport ou alors haineux. Mais le sentiment de ne pas pouvoir se maîtriser, la peur de « *faire n'importe quoi* » si « *on* » est livré à soi-même troublent à ce point les individus qu'ils en viennent à souhaiter un contrôle de soi fusse-t-il brutal ou ferme à l'excès. Le positionnement individuel est donc l'expression directe d'un besoin d'être tenu ou retenu dont l'acuité grandit à mesure que chacun progresse dans la toxicomanie. Si les « *flics* » représentent des intervenants « *qualifiés* » ou attendus face à ce besoin de contrôle c'est aussi, plus profondément, parce que leur positionnement à l'égard de l'individu s'en tient à son activité de toxicomane. Seul l'arrêt de la consommation ou du trafic est visé dans les interventions policières. Le regard des policiers ne se pose pas sur la personnalité individuelle ou sur d'éventuelles pathologies psychologiques.

Les sanctions policières sont rudes, elles font en partie obstacle au changement de mode de vie ou à la reconstruction de soi. La répression est fortement réprouvée. Mais, paradoxalement, les sanctions par lesquelles elles s'exercent peuvent être désirées ou positivement reconnues. Elles sont mises en œuvre par de « *simples flics* » agissant sur les méfaits d'un quotidien insoutenable qu'ils connaissent pour l'avoir approché sur le terrain. Ce mode de vie de toxicomane finit par être écrasant et l'individu se retrouve relativement démuni pour « *en sortir seul* ». Du coup, l'intervention policière prend les traits d'un filet de sécurité empêchant d'aller trop loin tout au long de la toxicomanie et rattrapant l'individu quand il menace de tomber. Par ailleurs, l'action des policiers se cristallise sur les conduites illégales des toxicomanes. Les individus sont renvoyés à leurs responsabilités. Peu importe qu'ils consomment ou trafiquent « à cause » de troubles ou difficultés personnelles. Ce qui retient l'attention des policiers c'est la transgression de la loi. Elle ne souffre pas de circonstances atténuantes. Un tel positionnement passe sur de nombreuses dimensions de la toxicomanie. Il est réducteur. Et des années d'incarcération peuvent briser l'individu voire être directement suivies par une reprise de la consommation de drogues. Mais considérer les toxicomanes comme des fautifs avant de les voir comme des malades renvoie l'individu à la prise en

charge de ses actes. La répression est souvent brutale voire disproportionnée. Mais le positionnement des policiers face au toxicomane est aussi une manière de le considérer comme une personne responsable et qui peut donc s'amender. L'identité de la personne n'est pas en jeu dans la relation alors que le détachement de l'identité de toxicomane fait partie du travail de sortie. De ce point de vue, l'action des policiers ne participe pas de la transformation individuelle. Elle ne concourt pas directement au passage à une autre réalité subjective. Mais le détachement des policiers face aux dimensions personnelles incluses dans la toxicomanie est aussi ce qui soulage les individus. Il leur épargne le sentiment d'être « *gravement atteints* ». Ce qui contribue à la reconstruction identitaire.

IV) Le pouvoir du « psy[16] »

Les psychologues, psychiatres, psychanalystes ont occupé en France une position privilégiée dans le traitement des toxicomanies. Des années 1970 aux années 1980, la drogue était essentiellement définie en termes psychopathologiques et traitée à partir de la prise en considération d'un « sujet » victime de troubles de personnalité logés dans son inconscient et généralement liés à un dysfonctionnement de sa prime enfance ou de son système familial[17]. Ils comptent parmi les intervenants inévitablement présents dans les diverses structures spécialisées ayant accueilli les personnes rencontrées. Ils forment aussi ces « personnes relais » vers lesquelles nombre de médecins généralistes, personnel hospitalier ou intervenants sociaux, orientent spontanément les toxicomanes. Jusqu'à la fin des années 1980, ces intervenants étaient considérés par l'ensemble du corps médical et la société en général comme les spécialistes désignés pour la prise en charge des toxicomanes[18].

Pour l'individu, contrairement à l'espèce de familiarité reportée sur la figure du policier, ou du médecin, le « *psy* » figure une étrangeté. Il représente aussi une distance sociale maximale là où « *le flic* » incarne la proximité par son activité de surveillance et

[16] Nous utilisons ce vocable parce que c'est celui qu'emploient les individus.
[17] Pour une analyse de l'accès de ce type d'intervenants à un statut hégémonique en matière de traitement des drogues et toxicomanies voir notamment H Bergeron*, l'Etat et la toxicomanie,* op.cit
[18] C'est en partie pour cela que nombre de toxicomanes consultant un médecin généraliste ou se rendant dans un hôpital avec une demande relative à une pathologie ou quelque douleur que ce soit étaient spontanément orientés vers les structures spécialisées.

de contrôle rapproché. Pendant la toxicomanie comme au cours du processus de sortie, deux types de contrôle s'exercent sur l'individu : un contrôle externe agissant sur ses conduites et faisant place aux échanges ou aux demandes individuelles ; un contrôle interne pesant sur l'identité personnelle. Aux yeux de l'individu, parmi toutes les instances de contrôles parties prenantes de l'expérience, celle que figure le *« psy »* est essentiellement de l'ordre d'un pouvoir exercé sur soi. La gent médicale et la famille sont dépositaires d'un pouvoir de contrainte et les « *flics* » sont avant tout des agents de répression. Mais la familiarité qui préside à la perception des uns comme des autres augure d'une disposition propice à l'établissement d'une relation, ce qui est rien moins qu'évident concernant « *le psy* ». A proprement parler, le contrôle des premiers est mis en relation, celui des seconds s'exerce strictement « *sur* » l'individu. Du moins, tel est le sentiment individuel.

IV.1) Des expériences traumatisantes

Toutes les personnes rencontrées ont été plus ou moins longtemps suivies par des intervenants psychologues, psychiatres ou psychanalystes. La dominance du paradigme psychanalytique dans la définition de la toxicomanie a également influencé la perception que les individus ont de leurs conduites. Nombreux sont ceux qui s'interrogent sur l'incidence de troubles infantiles dans leur parcours ultérieur. Matthieu dit qu'il « *travaille vachement là-dessus en ce moment. Ça l'intéresse vachement les trucs de psycho. »* Et il « *croit savoir maintenant. »* Il croit commencer à comprendre *: « à une époque, quand j'étais môme, ça n'allait pas du tout avec mon père et… »* Matthieu poursuit par une longue évocation des relations conflictuelles qu'il a entretenues avec son père. Hélène s'est *« rendue compte de tout un tas de conflits. Avec justement une emprise maternelle : c'est là que je me suis dit qu'il y avait peut-être une autre solution dans la psychothérapie. »*

Les questionnements d'ordre psychologique sont présents mais, dans le même temps, la moindre évocation d'un « *psy* » déclenche généralement de violentes rebuffades. Beaucoup sont *a priori* hostiles à « *tous les psychiatres » (*Damien), aux « *psychotrucs » (*Houari), à *« ceux qui posent des questions de nazes »* (Kalil) ou *« vont chercher Freud ou machin bidule pour expliquer qu'on ne va pas bien »* (Dorothée).

Si l'intervention du « *psy* » est à ce point décriée, c'est en partie la résultante d'expériences plus ou moins traumatisantes desquelles l'individu infère le sentiment

qu'un « psy » ne peut lui être d'aucun secours, tout au contraire. Il garde la sensation d'être réduit à « un toxicomane » c'est-à-dire à une personne indigne de respect, sur laquelle on pourrait se permettre d'exercer diverses formes de violations. Le corps, l'esprit et plus largement la personne ne feraient l'objet d'aucune espèce d'attention. Bien au contraire, l'individu se sent déconsidéré et par là même exposé à de mauvais traitements. Les psychiatres ne soignent pas, ils « refilent » des médicaments. Aux yeux de Baptiste, « *ces mecs là ne connaissent que la camisole chimique. Ils calment les mecs, c'est tout.* » Si on ne se sent pas bien « *crac ! C'est un somnifère… La réponse par la chimie* (Marine). » Les psychologues ou psychanalystes n'écoutent pas, ils interprètent. L'individu a le sentiment de ne pas être cru, d'être perçu comme « un toxicomane » : ses propos sont « significatifs ». Kalil a eu affaire à « *des experts psychiatriques* » lors de nombreux jugements au tribunal. Il pense aujourd'hui que « *ces gens là sont nuisibles : tu crois qu'ils vont t'aider, tu te confies. Mais en fait ils sont là pour t'abattre.* » Pour lui, *« c'est comme des juges : il suffit que tu répondes mal à une question, ils te crient dessus et donc ils vont te condamner. »* Damien est franchement agacé, parce qu'avec son médecin, *« il faut toujours qu'on parle. » A priori*, rien d'intolérable à cela, sauf que son médecin lui parle « *d'un ton sec, un peu agressif.* » Surtout, à chaque séance, il lui récapitule tout ce qu'il a dit depuis le début, c'est-à-dire « *son CV* », « *son CV de toxicomane* », qu'il doit « *répéter, répéter* ».

Avec les « *psy* », il faut « *parler* ». Mais ces paroles « *ne servent à rien* » parce qu'elles ne sont jamais reçues en tant que telles. Elles sont toujours interprétées sur la base de catégories extérieures à l'individu. L'histoire personnelle devient dossier médical déroulant une succession d'étiquettes synonymes de troubles personnels lourds et peu saisissables. De plus, cette histoire médicale vaut définition de soi. Frédéric a essayé de suivre des thérapies, il s'est fait « *traiter de psychopathe addictif.* »

> *« Je te dis, psychopathe addictif ! Pour un j'ai un complexe d'infériorité, pour un autre, un complexe de supériorité, j'aime trop ma mère, ils ont tous leur truc ! (Frédéric) »*

IV.2) Un travail inutile, des attitudes prévisibles

Sans être synonyme de « traumatismes », le rejet des « *psy* » tient souvent aux déconvenues de « *décroches* » passées au cours desquelles l'individu n'a cessé de « *parler de lui », « raconter son histoire* », sans que cela lui permette de ne pas

« *rechuter* ». Thierry a fait *« des dizaines de traitements psychologiques. »* Il a « *essayé toutes les formes possibles. Cet encadrement là, il le connaît. Ça ne lui a pas convenu, ça ne lui a rien apporté. »* Renaud a suivi de nombreuses prises en charges psychologiques pour conclure aujourd'hui que « *ça ne sert à rien de leur parler, de raconter sa vie. Ils n'ont pas de solution : nous on leur donne tout notre vécu et eux ils ne nous renvoient rien en échange, aucune solution. »*

Les individus savent par expérience qu'ils ne peuvent pas faire l'économie d'un suivi psychologique. Celui-ci fait partie intégrante du traitement de substitution. Mais, souvent, ils ne saisissent pas en quoi cela peut les aider à « s'en sortir ». Ce ne serait qu'un passage obligatoire pour obtenir ce qui leur paraît utile, ou bien pour « *qu'on leur foute la paix* ». L'attitude des usagers de drogues peut ici être rapprochée de celle que les jeunes de banlieue adoptent à l'égard des travailleurs sociaux. Eux aussi conçoivent la relation aux intervenants sociaux avec cynisme, comme « *le prix à payer* » pour obtenir une aide matérielle. (Dubet, F., 1987). Favorables à l'efficacité du travail des « *flics* », respectueux de leurs connaissances « *des problèmes* », nombre d'individus rencontrés envisagent les interventions des psychothérapeutes et autres travailleurs sociaux uniquement sous l'angle d'une contrainte inutile voire « *fumeuse ».* Ici aussi, le positionnement est analogue à celui des jeunes proches de pratiques délinquantes. La distance qui les sépare des policiers leur paraît moins grande que celle qui existe avec d'autres interlocuteurs leur étant pourtant plus favorables et ayant pour fonction de leur venir en aide. Pour ces jeunes comme pour les usagers de drogues, les compétences techniques et la « *virilité* » des rapports avec les policiers opèrent une séduction là où les interventions psychosociales brillent par leur « *mollesse* » et le « *baratin* » de rigueur dans la rencontre. (Dubet, F., *et al.*, 1985). Chacun tente de contourner ce qui « *prend la tête* », tout en œuvrant à l'obtention du subside recherché. Dans le cadre du traitement, il s'agit du produit de substitution. L'individu craint de voir sa dose diminuée ou bien d'être purement et simplement renvoyé. Il se prête donc au « *jeu* » des entretiens tout en ménageant son quant à soi. Laetitia répond aux questions de son psychiatre parce que « *c'est la règle du jeu et qu'elle l'a déjà vue foutre quelqu'un à la porte : elle a tout pouvoir.. »*

En lui-même, le suivi psychologique est présenté comme une contrainte. De plus, c'est une obligation dont l'individu ne saurait s'affranchir sans s'exposer au risque d'un préjudice. Les individus craignent une augmentation des entretiens ou un renforcement

du cadre du traitement s'ils manifestent une lassitude ou s'ils marquent leur désapprobation. En conséquence, ils se rendent aux entretiens, parlent ou répondent aux questions, mais nombre d'entre eux soulignent leur défiance. Et la distance maintenue à l'égard du « *psy* » devient la dimension dominante de la relation. Chaque fois qu'il se rend chez son médecin « *plutôt branché psy »,* Christophe a « *droit »* à un entretien qu'il trouve « *assez long »* et pendant lequel « *elle tape tout un compte rendu sur son ordinateur*. » Avec ironie, il souligne *« qu'elle aurait des données pour un livre. »* A toutes les questions posées, il répond sans plus de détails. Il *« prend ça de loin, comme quelque chose qui lui est utile à elle. »* Certes, il ne fait pas ça *« que pour elle »* parce que *« ça doit sûrement avoir un intérêt. »* Mais il n'en est pas convaincu. Et s'il dit à son médecin que ça n'a aucun intérêt, ce ne sera pas très correct. Pourtant, *« là, elle commence à vouloir absolument l'envoyer chez un psy. »* Pas question. Il n'a *« aucune envie d'aller raconter sa vie. »* Moins modéré dans son attitude comme dans ses propos, William opte néanmoins pour la même posture en entretien. Il s'en tient au « *strict minimum »* des questions posées par son médecin. Il adopte un ton sec à l'évocation de celui « *qui se prend pour un psy. »* Il « *veut de la relation, il veut faire durer l'entretien. »* C'est *« passer à côté »* de la situation de William, puisque « *ça fait 3 ans, qu'il est stabilisé. »* Alors, il ne va pas *« se prendre la tête à lui raconter si sa mère l'a allaité ou si son père lui a changé ses couches ! »* Son médecin *« essaye à chaque fois de le faire parler de sa petite enfance, mais il est vraiment mal barré. »* William reste poli, mais lui dit avec fermeté que *« ça ne sert à rien de le cuisiner. »* Même, il lui a déjà « envoyé » crûment à la figure, qu'il n'est « même pas » psychothérapeute *: « si un jour, j'ai envie d'une psychothérapie, j'irai voir qui de droit, certainement pas Monsieur machin, médecin généraliste ! »*

A entendre ces formules, le « psy » n'est d'aucune utilité. Il brille aussi par sa prévisibilité : l'individu connaît ses attitudes et il sait ce qu'il attend.

> *« Ils sont tellement prévisibles ces gens là. Quand ils commencent à tourner autour du pot, je sais exactement la question qu'ils vont me poser. C'est la force de l'habitude (Baptiste).* »
>
> *« C'est con mais quand je vais le voir, c'est plus machinal que…Je sais ce que je vais lui dire. Je parle de ce qu'il a envie d'entendre : que je vais bien, que je baisse la méthadone, que je cherche du boulot (Matthieu). »*

La posture individuelle est à la fois influencée par la « sur-sollicitation » dont l'individu fait, ou a fait l'objet, et par le sentiment qu'il n'existe pas de « relation » avec un « psy ». Ceci parce que l'individu serait tout entier perçu et défini comme un « toxicomane » par le « psy ». C'est la question du « pourquoi » qui est en jeu dans l'échange. L'individu doit « expliquer » son parcours par un passé dont il ne veut généralement plus entendre parler. En tout cas, il en a « marre ». Ses histoires, il les connaît et « *parler des problèmes, ça ne change pas les problèmes* (Henri). » De plus, le « pourquoi » prétendument attendu par le « psy », ne suppose pas seulement que l'individu explique sa trajectoire, il signifie aussi qu'il doit « s'expliquer ». A ses yeux, c'est synonyme d'une injonction d'amendement. Du moins, l'individu se sent « jugé ». Le « psy » ne voit pas la personne, il voit « le toxico ». Ces perceptions reportées sur le « psy » inclinent au désaveu et à la colère. Le « psy » attend « *qu'on parle »* et il *« se pose en psy »,* ce qui est aussi une manière de « *faire sa barrière de psy (*Christian). » Frédéric a participé à la réunion organisée avec un psychiatre intervenant auprès de toxicomanes. Après s'être présenté, celui-ci a laissé la parole au groupe. Frédéric estime que, par là, le psychiatre s'est *« comporté en psy »,* c'est-à-dire, qu'il s'est tenu en retrait pour mieux juger les propos individuels et marquer la différence de statut le séparant des individus. Damien partage l'idée que le mépris et la volonté de pouvoir caractérisent l'attitude des « *psy* ». Il a le sentiment que son médecin n'est pas « *motivé »* pour s'occuper des toxicomanes. Il le regarde *« de haut »,* il « *le rabaisse. »*

Cet alliage de prévisibilité et de condescendance conduit les individus à *« servir toujours la même chose aux psy »,* ce qu'ils attendent. Les individus présents pendant la réunion avec le psychiatre s'accordent pour dire que « *s'il avait parlé »,* eux aussi lui auraient adressé la parole. Mais comme ce psychiatre a *« fait le psy »,* l'essentiel de la réunion s'est déroulée sans échange avec lui. Pendant la séance, chaque membre du groupe aurait joué la relation habituelle ayant cours avec son propre « psy ». C'est ce qu'explique Philippe. Il pense que toutes les personnes présentes ont eu le sentiment d'être face à leur thérapeute et donc d'avoir à *« ré-expliquer, ré-expliquer, ré-expliquer, encore une fois son passé. »* Une explication inutile parce que « mille fois servie » et d'autant moins justifiée qu'elle se serait déroulée en présence des autres.

IV.3) Une activité opaque

Les individus se tiennent à distance, dans la défiance. Pas seulement parce qu'ils sont excédés quant à se « raconter » mais parce que, finalement, ils ne savent pas vraiment quel est le contenu du travail des « psy ». Et la méfiance est ici synonyme de crainte. Contrairement à la clarté du contenu comme des normes gouvernant l'activité policière, les « *psy* », « *on ne sait pas sur quoi ils travaillent* ». Le caractère insaisissable de l'activité de tels intervenants se donne à voir dans le vocable choisi par les individus pour les désigner. Ils englobent dans un « *psy* » indéfini, des intervenants aux compétences et modalités d'interventions irréductibles les unes aux autres. Ce « *psy* » signale aussi une forme de dédain fréquemment affichée par les individus. Parfois, ils incluent dans cette dénomination un certain nombre de travailleurs sociaux dont les conceptions et manières d'exercer leur paraissent analogues à celles des « *psy* ». Les médecins qui « *jouent les psy* » reçoivent le même type de mépris. Pour Frédéric, « *c'est pas concret un psy, parce que c'est l'esprit. Donc, il n'a pas grand chose à dire avec un psy. »* En revanche, avec un « *flic* », il a « *des choses à dire. Même s'il a mal vécu, en tant que toxicomane, d'aller en prison. »* Frédéric se plaint de ne pas être estimé comme une personne par le « *psy* ». Le « *flic »* intervient auprès de celui qui agit comme un toxicomane. Le positionnement est clair. Il porte sur des conduites que les deux parties connaissent par expérience de terrain. Et l'individu maîtrise parfaitement les attentes et comportements des agents de répression. Il peut gagner ou perdre, mais dans ce cas, « *c'est le jeu* ». Inversement, le « *psy* » s'intéresse à celui qui « *est toxicomane* ». « *C'est dans la tête direct »* nous dit Victor, signalant par là que le « *psy* » s'intéresse à une dimension de son identité qui lui paraît inaccessible. Il se sent « *mis à nu* », ça lui fait peur. D'autant que le « psy » « *fait ses trucs, prend des notes* » : un « psy », on se demande bien ce qu'il fait. Cette perplexité incline à la crainte et suscite un sentiment de fragilité. Le « psy » « sait » ce que « l'on » est. Il voit « *les zones d'ombres* » (Clément), ce qui signifie qu'il a « *un pouvoir sur les esprits* » (Jacques). Christian avance qu'un « psy » c'est « *un mangeur de tête* ». A ses yeux, « *si tu es un peu pauvre de tête, il est capable de te faire croire n'importe quoi. Que tu as toutes les maladies possibles. »* Pour Simon, aller chez un psy, c'est se faire « *charcuter la tête* ».

Contrairement au point de vue du commun, les individus n'envisagent pas le soutien psychothérapeutique comme un moyen d'acquérir une forme de maîtrise de soi

par un travail de dépassement de difficultés inconscientes accompagné par un professionnel. Les individus tiennent le raisonnement inverse. Le « *psy* » « *veut savoir* », il « *veut faire parler »* sans pour autant chercher à aider l'individu. Soit qu'il ne le puisse pas, soit qu'il laisse parler une forme de malveillance.

L'intervention du « psy » répond négativement aux deux attentes individuelles de contrôle d'un côté, de reconnaissance de l'autre. Le toxicomane demande à être contrôlé pour ne pas rechuter, là où le « *psy* » exerce un pouvoir sur la personne. La personne demande à être aimée, là où le propre du positionnement des psychologues est de se tenir extérieur à tout échange d'affect avec le patient. Il faut faire parler estime Damien, parce que « *les toxicomanes sont dans leur petit monde et ne veulent pas en sortir* ». Mais il faut « *savoir s'y prendre* », souligne-t-il. Il faut « *du sentiment* », quelque chose de « *plus fort* » qui puisse « faire parler ».

Entre possession et dépossession

Le lien entretenu avec le « *psy* » est conçu comme un pur rapport de pouvoir à la fois interne et externe. Pouvoir interne de possession de soi d'un côté, pouvoir externe de définition de soi de l'autre côté. Les individus ont l'impression d'être transparents aux yeux des « psy *».* Ceux-ci accèderaient à leur intimité et à des troubles personnels que les individus pressentent ou évoquent avec gêne. De ce point de vue, le « psy » « tient » l'individu parce qu'il maîtrise cette intimité dont lui-même peine à se saisir. Il le « tient » encore parce que « lui » raconte en l'explicitant l'histoire individuelle. L'individu se sent dépossédé de son expérience et « pris » dans une définition de sa personne sur laquelle il n'a pas de prise. Le « psy » aurait le monopole du discours sur soi et il enferme l'identité individuelle dans des catégories nosographiques pour le moins dégradantes ou effrayantes. Face à ces « étiquettes », l'individu se défend : il dénigre l'intérêt du travail du « psy » et s'insurge contre une relation de pouvoir dictée par le mépris.

Mais le « psy » est aussi gratifié d'une clairvoyance : il « voit » en soi, cela peut aider. A la médisance est donc souvent associé un assentiment, certes souvent timide ou reporté dans le temps, quant à faire un travail sur soi. Clément, mi crédule, mi incrédule, se demande si « *ces explications là l'aideraient…Lui donneraient…Si, en sachant ses zones d'ombres, il ouvrirait les yeux pour se dire : bon. Qu'est-ce que tu fais ! »* Dorothée voudrait bien comprendre pourquoi « *quand on arrête quelque chose ça*

continue encore ». Nicolas, suivi en cela de Julien, Pierre, Charlotte et d'autres encore, pense que « *c'est peut-être bien* » de faire une psychothérapie : « *pour y voir clair, parce que quand tu as traversé ce genre de truc…On a beaucoup de choses qui sont floues et des choses souvent paradoxales* (Nicolas). » D'une manière ou d'une autre, l'individu reste interdit quant à une dimension de sa trajectoire. Il ne se reconnaît pas dans certains de ses actes, il ne peut pas se saisir de ce qui à « tourné » à l'engrenage. Sauf à insister sur le potentiel « d'accroche » de la drogue, -« *C'est l'héroïne qui gère, qui chapeaute tout* » nous dit Philippe-. Mais cela ne suffit pas. A un moment donné, l'individu est devenu, « une autre personne ». Son identité s'en trouve morcelée. De ce point de vue, on peut rendre hommage au travail des intervenants, psychiatres, psychanalystes ou psychothérapeutes. Ils accompagnent précisément l'individu face à cette « opacité » qui fait écran et freine la reconstruction de soi. Et l'on peut ramener une partie de la crainte que l'individu reporte sur les « intentions » des « psy » à sa propre appréhension quant à ce qu'il a vécu. Dès lors, la fréquente résistance opposée à ce type d'investigation signale souvent une forme de protection. Elle n'est pas forcément de l'ordre du « déni ». Parler de « ça » ou de « soi » c'est affronter le passé. L'individu dit n'être « pas prêt ».

Conclusion

La toxicomanie est synonyme d'une progressive perte de soi. L'individu ne parvient pas à s'associer à ses comportements passés, il ne se reconnaît pas.

> *« Moi, quand je pense à tout ce que j'ai pu faire, je peux avoir honte quasiment. Et des fois je me dis : c'est pas moi qui ai fait ça (Christophe). »*

Incrédulité, crainte, colère et aversion se mêlent dans le rapport à soi. Dès lors, l'individu a tout à la fois besoin d'être aimé, tenu et de se saisir de son histoire, de lui donner un sens. Chacune des instances qui jalonnent son parcours répondent plus ou moins bien à ces attentes. L'individu en appelle à la sollicitude d'autrui. Il a besoin d'être reconnu comme une personne digne d'amour, d'estime et d'intérêt. Sa famille proche ou élargie, certains soignants, accèdent à cette quête de reconnaissance. Ils exercent également un contrôle que l'individu vit comme une protection. L'activité

policière remplit aussi cette fonction de contrainte attendue par l'individu. Les sanctions répriment des comportements qu'il ne parvient précisément pas à contrôler.

Néanmoins, le passé ne passe pas. L'entourage reste interdit : le parcours individuel est hors norme. Difficile d'éloigner le doute ou la crainte d'une résurgence de la toxicomanie. L'individu partage ces sentiments auxquels il est sans doute le plus sensible. Il s'agit bien de sa vie, il s'agit bien de lui, pourtant il ne parvient pas à s'associer à son parcours. Sa difficulté est double : il lui faut accepter ces années de sa vie et il doit parvenir à s'en saisir. Elles font partie de son histoire personnelle. Cette dimension de la sortie fait l'objet des interventions psychothérapeutiques. L'individu a plutôt tendance à les rejeter. C'est en partie la résultante d'expériences malheureuses. Mais on peut penser que la violence que l'individu déploie à l'égard des « psy » est à l'image de sa sensibilité aux résonances de son passé. Il est difficilement soutenable de le voir enfermé dans des catégories impersonnelles et il est tout aussi éprouvant de ne pas parvenir à se l'approprier. L'individu refuse d'inscrire son identité dans les catégories d'autrui et de définir sa trajectoire sous l'angle de la pathologie. Il ne peut pas se reconstruire s'il se vit comme « gravement atteint ». Mais il ne peut pas non plus faire l'impasse de ce travail identitaire pour lequel il a besoin d'un « autre ». Le « psy » est identifié comme un secours possible mais la crainte prend souvent le dessus, et l'individu se tient dans la défiance.

Chapitre VII

« LA VIE EN SUSPEND »

Introduction

Juste avant l'entrée en traitement, il est autant de situations, de difficultés et de problématiques, que d'individus sollicitant un traitement de substitution. La durée, tout comme le contenu du parcours dans la toxicomanie, ne peuvent être apparentés. Les individus occupent des positions extrêmement diversifiées sur deux grands axes : celui de leur dépendance aux produits consommés et celui de leur situation sociale et psychologique. Le ou les produits consommés, le mode d'ingestion de même que la durée de la consommation varient d'un individu à un autre. L'état de santé physique ou psychologique n'est jamais le même. Sur l'axe social, un très grand nombre de paramètres constituent des lignes de différenciation interindividuelles : situation professionnelle, familiale, relationnelle, financière, éventuelles pratiques délinquantes, entre autres éléments. Les individus se distribuent donc entre forte marginalisation et déviance cachée. Cette diversité des situations signifie d'emblée que les évolutions qui surviennent pendant le traitement sont propres à chacun. Elles prennent le sens d'une pleine remise en forme pour certains, mais ne consistent qu'en la mise en place de palliatifs pour d'autres.

Carmen a le sentiment d'être complètement dégagée de son « *problème de manque* ». Elle a sniffé de l'héroïne pendant deux ans et les 50 mg de méthadone qu'elle ingère quotidiennement lui font l'effet d'un « *vrai médicament* ». Laetitia considère « *qu'à part la dope* » elle n'a pas « *d'autres problèmes ».* Elle se différencie d'autres toxicomanes qui « *ont des situations lourdes, graves* ». Elle a *« sa famille et pleins d'autres trucs à côté. Son père ne l'a pas violée* -lance t-elle avec ironie- . *Elle a eu la chance de ne pas vivre ce genre de truc alors maintenant qu'elle a la méthadone, ça va. »* Pour l'une comme pour l'autre, un vrai rétablissement s'est opéré, là où, pour Antoine, le changement n'a été que moindre mal : « *il n'y a pas de manque donc ça va mais... C'est un peu compliqué. Mais tout ça, c'est des questions d'équilibre dans la société. C'est-à-dire que si on est équilibré, si on travaille, si on a des amis, on peut se contenter d'une faible dose de méthadone. Sinon... On se met à l'alcool et c'est pire que l'héroïne. »*

L'obtention de subsides assurant un revenu régulier (Revenu Minimum d'Insertion...), le recouvrement de droits sociaux élémentaires (Carte Santé[1], COTOREP...), le règlement de contentieux judiciaires, entre autres éléments mis en œuvre à partir de l'accompagnement social, soulagent parfois à ce point la situation individuelle qu'ils en prennent les traits d'une pleine resocialisation. C'est le cas de Dominique, sans domicile fixe et dépourvu de carte d'identité depuis de nombreuses années, qui a recouvré un logement et une identité sociale par l'intermédiaire de l'aide du centre méthadone. Cependant, le changement ne paraît qu'assistance à d'autres, quand leur rétablissement social demeure contenu dans les limites d'un minimum vital. Ainsi de Benoît, Pierre, Jacques ou Thierry qui ont longtemps exercé une activité professionnelle et vivent aujourd'hui pour une durée incertaine de prestations sociales diverses. L'intervention médicale prend les traits d'un véritable traitement pour certains, là où elle n'est qu'investigation anti-douleur pour d'autres. Le traitement apparaît comme un palliatif concrètement quand l'investigation des soignants ne peut rien contre une pathologie incurable, mais aussi subjectivement quand les individus ont le sentiment que les médecins se contentent de les soulager.

Au total, les changements qui surviennent au cours du traitement sont chaque fois relatifs à la situation de départ d'un individu donné. Le caractère personnel des trajectoires en traitement va sans dire. Pourtant, tous les individus passent par les mêmes étapes au cours du traitement. La première est centrée sur la conquête de l'abstinence. Le produit de substitution concentre toutes les attentions. Dégagés de la dépendance et de l'appétence pour les drogues, les individus entrent dans une deuxième étape. Ils commencent à restaurer leur situation sociale. Ils s'appuient sur l'aide psychologique et sociale fournie par le traitement et collaborent avec les soignants. Une fois qu'ils ont retrouvé une relative stabilité sociale, leur évolution paraît s'arrêter en suspend. Le traitement se maintient sans mener à l'abstinence. Cela déstabilise ceux qui définissaient précisément la sortie en termes d'abstinence. Les individus s'installent dans une relative inertie. Elle domine la troisième étape du traitement.

[1] Mises en place dans de nombreux départements, ces cartes constituent une modernisation de l'aide médicale. Certaines offrent l'équivalent de garantie d'une mutuelle complémentaire.

> « *Au début, tu prends ta méthadone mais tu penses quand même à te défoncer. Après, vient une autre période où tu es super content d'avoir décroché. Tu te dis que ça va aller de mieux en mieux. Et puis vient une troisième période où là, tu prends conscience de la gravité de la situation dans laquelle tu es. Tu savais que tu étais dans une mauvaise situation. Mais avant, tu étais préoccupé par la dope alors tu repoussais. Dans la période deux, tu commences à lutter. Et puis là, tu t'aperçois que tu ne vas pas y arriver comme ça… Tu es couvert de dettes, tu as des problèmes avec ta famille très souvent, tu n'as pas de boulot, et puis tu n'arrives pas à trouver les mêmes motivations (Marine). »*

I) Les étapes du traitement

I.1) Découverte du traitement et conquête de l'abstinence

La première étape du traitement est toute entière consacrée à la sortie de la dépendance aux drogues. La plupart des individus consomment encore, sans plaisir, uniquement pour soutenir le manque. Tous sont obnubilés par le besoin d'être soulagés. Seul le produit de substitution saurait répondre à ces attentes et les individus sont à ce point fébriles qu'ils ne songent pas encore aux autres dimensions de la sortie. « *On en bave tellement les toxicomanes qu'on est très impatient. Alors c'est d'abord : décrocher (Hélène). »* Seule la substitution leur paraît pouvoir « *marcher* » mais personne n'a de certitude.

> *« Je me disais : bon. Il va y avoir la méthadone, je vais vivre différemment. Mais tout en doutant parce que je ne savais pas ce que c'était. Est-ce que ça allait vraiment être une substitution ? Est-ce que ça allait marcher ? Durer, pas durer ? (Pierre). »*

Jouer le rôle du patient

Centrés sur le produit de substitution et sur la « *décroche* », les individus craignent les soignants et s'en méfient. Ceux-ci sont les prescripteurs et vont « *forcément* » chercher à « *rationner* » la dose. Ils ne peuvent pas comprendre les sensations individuelles et méprisent les « *toxicos* ». Pour les individus, il s'agit d'adopter « *l'attitude la plus agréable possible* (Thierry) », en vue de s'assurer l'obtention du produit.

« On ne peut pas s'empêcher au début de jouer un rôle : essayer d'abord de séduire un peu le médecin pour qu'il soit compréhensif. Parfois aussi, exagérer certaines situations, en minimiser d'autres pour… Toujours cette optique d'obtenir une bonne dose (Simon). »

« Au début on ne connaît pas le produit. Donc, tant que tu ne sais pas ce que c'est, ton intérêt c'est de te prémunir au maximum (Pierre). »

Pendant leur trajectoire dans la toxicomanie, les individus ont acquis une représentation du corps médical qu'ils reportent sur les soignants. La crainte d'une incompréhension mâtinée de stigmatisation se mue en méfiance. Les individus ont le sentiment qu'ils ont à « *faire leur preuve* » (Sylvain), *« montrer la patte blanche du bon toxico* » (Houari), celui qui, non seulement correspond aux critères du traitement, mais encore prouve une certaine motivation. Des contacts antérieurs avec diverses institutions médico-sociales, chacun a peu à peu acquis la conviction de ne pas pouvoir être considéré comme un patient.

« Dans nos cures de sevrage, les infirmières étaient agressives avec nous. Les toxicomanes causaient certainement des problèmes dans les services mais… On sentait une hostilité dans un service hospitalier de la part des aides soignantes aussi et parfois même des médecins. Un a priori qui restait là. Pour eux, je restais un repris de justice ou un délinquant potentiel. Un gibier de potence en somme. Là, pour la méthadone c'était pareil. J'avais l'impression que ça continuait (Pierre). »

« C'est comme à l'hôpital quand j'ai fait ma dépression nerveuse. Et pourtant, soi-disant c'est un hôpital où on s'occupe de méthadoniens, d'anciens drogués. Mais les infirmières, je ne dis pas toutes, mais certaines c'était carrément des nazis. D'ailleurs je leur ai dit : vous êtes des fachos, vous êtes des nazis (Kalil). »

Cette représentation n'est pas qu'affaire de sentiment. Concrètement, les toxicomanes sont encore aujourd'hui les indésirables de nombreuses institutions ou membres du corps médical. Ils ne sont ni des « bons malades », ni des « beaux malades », mais plutôt « les prototypes de l'importun ». Le « beau malade », malade de premier choix, est celui qui est atteint d'une « belle pathologie (…) Assez connue pour être identifiée et attaquée, mais assez nouvelle pour que le médecin ait l'occasion de faire preuve d'invention ». Le « bon malade », malade idéal, « a sa carte d'assuré social (…) Un entourage familial qui ne vient pas trop s'incruster hors des heures des visites.

Il n'est pas trop vieux : il risquerait de rester longtemps (…) Il n'est pas alcoolique, ni toxicomane parce que ces gens là sont des fouteurs de bordel » (Hamon, H., 1994, p. 96-97).

Quelle que soit l'attitude des soignants, les individus ne se départissent pas du sentiment d'être « *pris pour des toxicos* ». Sylvie, Kalil, Philippe, soulignent « *une approche, un accueil »* qui les a favorablement surpris : « *ce que j'ai trouvé bien c'est que, enfin, on ne nous considérait pas comme des délinquants. Ils n'ont pas essayé de nous culpabiliser et moi ça me parait très important* (Sylvie). » Pourtant, la peur d'être rejeté demeure.

> *« Au début, il m'est arrivé de craquer malgré tout, de prendre de l'héroïne. Et je ne savais pas quelle allait être la réaction en face de moi. Est-ce que je dois le dire ? Le cacher ? Est-ce qu'ils vont me virer du centre s'ils réalisent que c'est la troisième fois que je craque ? J'avais peur de ça. Je ne savais pas (Thierry). »*
>
> *« Tu as peur qu'on te dise comme dans tous les autres traitements qu'on a faits auparavant : on vous soigne pendant une semaine et après on vous fout dehors (Marine). »*

Dans le cadre du traitement de substitution, il s'agit donc de « *jouer les bons patients* » par crainte d'un rejet du « *mauvais toxico* ».

La découverte du traitement est à l'image d'un entre-deux. Une tension marque le rapport entretenu au produit de substitution et les relations avec les soignants. Elle naît d'un écartèlement entre les attentes d'un toxicomane et les réalisations concrètes d'un traitement conçu pour des patients. Tout en constituant un temps d'entrée en traitement, d'investissement d'un statut de patient, cette première étape du traitement est marquée par l'oscillation constante des individus entre satisfaction et déconvenue, engagement et retenue. Le produit n'a pas les vertus d'une substance miracle qui soignerait tout de suite. Le découragement fait cycliquement écho aux manquements d'un médicament qui apaise « *d'abord un quart d'heure* », puis, « *quelques heures* ». La dimension relationnelle du protocole apparaît lourde et intrusive.

I.2) Libération

Le corps

Plus ou moins rapidement, « *la bonne dose* », celle qui neutralise toute sensation de manque et toute appétence pour les drogues est établie. L'apaisement qui en résulte est à ce point fort que les individus se laissent aller au sentiment qu'une vie toute neuve s'offre à eux. Le corps s'éveille, l'esprit se dénoue et le mode de vie s'inscrit dans une temporalité nouvelle. Il n'est plus écrasement dans la dictature de l'instant présent. Les individus restent interdits. Leur joie est à la mesure de leurs douleurs et appréhensions passées.

> *« Depuis sept ans que je prenais des néocodions pour me sortir de l'héroïne, et finalement j'étais devenu accroc aux néocodions. Et là, en trois semaines je n'en prenais plus que dix par jour au lieu de cent-vingt ! Et puis petit à petit, plus de douleur plus rien ! J'ai dit : c'est miraculeux ! C'est pas possible ! (Philippe) »*
>
> *« Il y a un moment où tu as le sentiment que tu as tout, que tu maîtrises. Tu es tellement !!! Si tu veux, il m'arrivait de me réveiller et de me mettre à rire mais vraiment rire, avec un rire qui venait de loin ! J'étais tellement heureuse de me dire « tu n'es plus accroc, tu n'as plus besoin d'aller courir partout pour de la poudre ». Et ça, rien que ça, c'était le bonheur pour la journée complète ! (Hélène) »*

La disparition du manque s'accompagne du retour de sensations « *normales* ». Le corps s'exprime désormais à travers « *les plaisirs physiques de la vie » (*David), ignorés ou endormis jusque-là. Damien arrive à « *prendre du plaisir autrement : bien manger, bien dormir, faire l'amour…Enfin, la vie* ». Il dit que « *tout ça* », il ne l'avait « *pas trop connu* » jusque là. Il était « *complètement déréglé, en décalage* ». Il ne savait plus faire l'amour, il avait perdu « *tous ces gestes* ». Thierry aussi avait perdu « *les sensations de la vie normale* ».

> *« Ce qui revient c'est… L'appétit... Une chose bête comme apprécier le goût du sucre par exemple, les plaisirs sexuels, le sommeil, toutes les sensations qu'on pouvait connaître par le sport… Les plaisirs intellectuels, l'attrait pour les choses nouvelles. Tout ça revient. Pouvoir vivre normalement au jour le jour, ça paraît complètement fou, peut-être, pour ceux qui trouvent que ce n'est rien du tout de vivre le quotidien normalement. Mais pour moi, c'est ça qui est fabuleux, complètement fabuleux (Thierry). »*

Les individus accueillent ce changement avec force d'émotions parce qu'au-delà du plaisir issu des sensations simples du jour le jour, il y a là une forme de réappropriation de leur corps. En disparaissant, les douleurs liées au manque de drogue ont ouvert le rapport à soi. Hélène a retrouvé le désir de s'occuper d'elle. Elle est redevenue attentive à son apparence. Elle se maquille, se coiffe, prend soin de sa tenue vestimentaire. Les individus ont également retrouvé une disponibilité pour autrui. Thomas était « *complètement à côté de la plaque* ». Il n'avait plus d'habitudes, de gestes : « *j'avais perdu tous ces gestes… Ne serait-ce que de penser aux autres déjà. Parce que j'étais toujours seul. J'ai toujours été tout seul plus ou moins. Donc quand on est tout seul, on prend des mauvaises habitudes* ». A présent, Stéphane, souhaite « *faire plaisir* » à son amie, la « *rendre heureuse ».* Il ne veut « *plus jamais lui faire de la peine* ». Simon est « *moralement bien* ». Il a rencontré une femme et a été « *en état de lui faire une cour, de se montrer sous un jour agréable* », de la séduire.

La relation aux soignants change. Sylvie a « *réalisé* » leurs attentions et leur bonne volonté. A présent, elle souhaite leur « *rendre service* ». Les individus abandonnent les prétentions du « *toxico* » pour se couler dans une disponibilité naissante, celle du patient. Ils se rendent plus à l'écoute, abordent plus sereinement les entretiens avec les soignants. La peur d'être « *jeté dehors après une connerie* » (François) et celle de « *ne pas avoir assez de produit* » (Myriam) disparaissent. Les soignants ne sont plus perçus uniquement sous l'angle de leur pouvoir de prescription et les individus leur font confiance.

> *« Ils ont fait des efforts pour me faire comprendre que plus j'arriverais avec des analyses d'urines positives, plus ils m'accueilleraient, plus ils discuteraient avec moi. J'ai eu du mal. C'était les moments les plus durs en fait. Arriver à faire passer ces messages là. Mais ils m'ont apporté la persévérance (Thierry). »*
>
> *« Il n'a jamais été question d'arrêter le traitement parce qu'on prenait de la dope ! Jamais ! Ça, personne ne nous l'a dit ! (Marine) »*

L'ensemble de ces nouvelles dispositions permet aux individus de s'engager dans une autre dimension de la sortie, celle qui vise une restauration de leur mode de vie. Cela signifie un véritable travail de resocialisation pour certains. D'autres ont besoin de retrouver de l'énergie pour chercher un emploi ou bien une sérénité dans l'exercice de leur activité professionnelle et pour les relations sociales ordinaires qu'ils ont

maintenues pendant leur toxicomanie. Beaucoup de personnes rencontrées étaient confrontées à de lourdes difficultés financières. Les crédits comme les factures se sont accumulés et ce n'est qu'une fois que l'on n'est plus sous l'emprise de la drogue qu'on ouvre les enveloppes et que l'on commence à rembourser ses dettes.

La deuxième étape du traitement est donc celle pendant laquelle les individus s'investissent activement dans des démarches visant la transformation de leur situation sociale. « *Tu te dis que ça va aller de mieux en mieux. Alors tu commences à lutter et à mettre en place des choses dans ta tête pour l'avenir (Marine). »*

Le changement du corps et de l'esprit, lisible au quotidien, est également synonyme d'une mise en perspective de leur vie. Stéphane désire *« fonder un foyer ».* Le produit de substitution qu'il prend tous les jours est *« le starter »* de sa journée. Il « *ouvre sa vie ».* Stéphane va *« bientôt concrétiser son projet »,* il va bientôt se marier. Houari a multiplié les démarches de recherche d'emploi, il n'a pas *« l'intention de moisir dans le centre ».*

Des patients stabilisés

Quel que soit le contexte de soin, tous les individus[2] se dégagent plus ou moins rapidement de la dépendance aux drogues. Ils deviennent des « patients stabilisés ». Cette expression ou catégorie est utilisée par les soignants sans pour autant recouvrir pour chacun d'eux le même sens quant à la situation individuelle. Le seuil d'exigence ou les critères retenus pour définir une situation de « patient stabilisé » varie d'un soignant à un autre. Pour l'individu, être un « patient stabilisé » ne signifie pas forcément une abstinence de toutes drogues. Les individus se considèrent comme tels parce que, relativement à leur positionnement de début de traitement, leur rapport aux drogues ainsi que le sens de leurs reprises de consommation s'il y a lieu, ont changé. S'ils reprennent des drogues, il s'agit pour eux d'une « *rechute* » malvenue. Ce n'est jamais un réengagement dans la toxicomanie et cette *« rechute* » ne signifie pas l'arrêt d'ingestion du substitut. Le produit de substitution n'est alors plus cet expédient venant soulager le manque entre deux ingestions de drogues. Il reste « *le filet de protection* » choisi afin de sortir de la toxicomanie, mais dont les mailles ont quelque peu lâché momentanément. Les individus qui consommaient des drogues au moment de

[2] A l'exception de quelques individus encore confrontés à des difficultés de gestion de leur appétence pour les drogues, au nombre de 6 dans notre échantillon.

l'entretien, ou craignaient de « *rechuter un jour* », soulignent la différence entre ces « *rechutes* » et leur toxicomanie. Déjà, nombreux sont ceux qui pestent ou se montrent accablés par ce qu'ils conçoivent comme un échec dont ils ont honte. Lors d'un deuxième entretien réalisé à quelques semaines d'intervalle, Matthieu énonce d'emblée un : *« je suis vachement content qu'on se revoit parce que la dernière fois, j'étais très mal et je racontais plein de conneries. »* Il précise qu'il ne va pas *« raconter tout le contraire* » mais préfère pouvoir s'exprimer sans la pensée obsédante du « *pocheton de coke* » qu'il souhaitait aller acheter. Eric lance prudemment des insinuations quant à sa consommation maintenue de divers psychotropes avant de se résoudre à en parler plus ouvertement, à s'en expliquer plutôt. Ces consommations sont alors souvent fortement critiquées et les individus, troublés, n'en soulignent pas moins qu'ils « *ont* » la méthadone ou le subutex. En conséquence, ils « *savent* » que s'ils devaient « *replonger* », ils tireraient la sonnette d'alarme sans plus attendre. Fabrice pense que « *tôt ou tard* » il arrêtera le subutex. Il n'a pas envie de « *replonger »* mais peut-être de *« tenter l'expérience* » de consommer à nouveau en espérant qu'il sera capable de « *gérer* ». Toutefois, « *est-ce que l'envie de ne pas replonger suffira »* pour être capable de « *gérer* » ? Quoi qu'il en soit, Fabrice sait que « *ce sera une expérience avec filet, avec toutes les protections possibles* » parce que s'il venait à *« replonger*, *dès le lendemain c'est direct chez le toubib et puis rebelote, je reprends du subutex. »*

Etre un « patient stabilisé » signifie donc un certain positionnement par rapport à l'usage de drogues dans lequel l'hédonisme inhérent à la consommation n'est plus ou peu évoqué, ou alors sur le mode de souvenirs. Les individus ne peuvent plus concevoir la consommation de drogues sous cet angle d'un plaisir ou d'un bien être « *inégalable naturellement »* (Charlotte). Nostalgiques parfois, ils n'en pensent pas moins et avant tout aux dérives physiques, psychologiques et morales drainées par leur expérience. Certaines personnes peuvent sans doute consommer sans jamais « *tomber* », les individus « *en connaissent* » (Charlotte). Mais eux n'ont pas pu. En conséquence, consommer à nouveau est synonyme d'un risque dont ils connaissent l'issue. Thomas *« sait très bien qu'en changeant de produit il pourrait encore se défoncer. Il sait très bien qu'il a encore cette possibilité. Mais il ne veut pas. Il en a marre. La défonce on sait très bien où ça mène. »*

Cette perception de l'usage de drogues est l'une des expressions de la stabilisation individuelle. Les visites au centre se sont espacées. L'ingestion du produit de

substitution est devenu « *un geste mécanique, comme de boire un verre d'eau tous les matins* » (Thierry). Globalement, le temps et l'énergie consacrés au traitement sont moins importantes. Tout cela est synonyme d'une réussite du traitement. Les individus disposent de temps et sont dégagés de l'obsession des drogues. Les rendez-vous au centre, chez le médecin ou chez le pharmacien sont désormais inclus dans le quotidien sans plus de caractère exceptionnel. Certains peuvent travailler plus sereinement, d'autres on retrouvé un emploi. Ces changements sont synonymes d'une grande satisfaction. Sofian veut suivre des cours de théâtre : « *pour que ça soit probant il faut qu'à côté il ne soit pas comme un zombie. Il ne peut pas avoir une vie de zombie ou de drogué et puis aller à heures fixes à son théâtre.* » Dans la perspective de son audition, « *le traitement l'aide beaucoup* ». Marine a trouvé un travail, elle en a été « *très exaltée* » d'autant que « *sans le traitement elle n'aurait pas pu faire ce boulot. En manque évidemment… »* Aujourd'hui cet activité la « *motive »,* elle « *s'accroche à ça ».* Il y a là un changement d'envergure pratiquement comme subjectivement. De fait, comme dans leur tête, les individus ont pris une certaine distance par rapport à leur expérience passée.

Pourtant, c'est souvent précisément le changement dans le mode de vie des individus comme dans leur rapport aux produits de substitution qui les déstabilise. Ils entrent dans une troisième étape du traitement placée sous le signe du désenchantement et dont la durée s'avère supérieure aux deux autres.

I.3) Désillusion

Banalisation du produit et sentiment de décalage

Ardemment attendue, la fin de la dépendance à la drogue aurait du ouvrir sur des perspectives de renouveau. Les changements survenus depuis l'entrée en traitement sont d'envergure et la situation des individus n'a rien à envier aux contraintes du passé. Toutefois, un faisceau d'ombres jette une entrave à la joie suscitée par le chemin parcouru. L'ensemble des transformations réalisées, le « *miracle* » tiennent plus à l'acquisition de nouvelles dispositions physiques, à la sortie d'un mode de vie, qu'au début de quelque chose d'autre. Certes, ce changement est d'envergure et il ne s'est pas fait sans la participation des individus. Mais rétablir sa situation financière, se mettre en règle avec ses papiers, s'occuper de ne plus voir personne du milieu, ce n'est pas encore entrer dans une nouvelle vie. Surtout, ce qui semblait prodigieux pour des toxicomanes

devient relativement banal pour ceux qui ne sont plus totalement envahis par les sensations de manque.

Xavier compare la méthadone à un verre d'eau, « *sauf que le verre d'eau étanche une soif* ». Le produit de substitution paraît donc limité. Il ne peut pas tout, il ne construit pas à lui seul les tenants d'une nouvelle existence sociale et il n'est pas la seule pièce manquante à l'équilibre individuel. Les individus déchantent. Ils ont le sentiment que « *tout n'est pas fait* » voire que « *tout reste à faire* ».

> *« J'attendais peut-être trop de la méthadone. Je comptais trop dessus. Pour moi, c'est ça qui allait me soigner. Je te caricature mais je pensais que hop ! Il allait y avoir un petit déclic dans ma tête, je prendrais ma dose de méthadone et voilà (Sylvie). »*

La banalisation des effets du produit de substitution induit une prise de conscience : la sortie ne se limite pas à l'abstinence. Jusque là, la libération du corps était synonyme d'un tel soulagement qu'elle prenait toute la place dans les pensées individuelles. La journée était occupée par les visites au centre ou chez le médecin et par la restauration de la situation sociale. Or, équilibrés du point de vue de leur traitement, les individus obtiennent des doses à emporter et les rendez-vous avec les soignants s'espacent. C'est dévoiler tout ce qu'une journée compte d'heures à « *remplir* » et, par là-même, mettre à jour des difficultés insoupçonnées. Quand Pierre et Marine ont commencé le traitement, *« ça leur prenait au moins 3 heures dans la journée d'aller au centre, et c'était vraiment l'ac-ti-vi-té de la journée. »* Le reste du temps, ils se sentaient « *tellement vides* » qu'ils n'arrivaient pas à *« faire autre chose que le centre et puis ce qu'ils étaient obligés de faire comme démarches autour. »* Ceci parce que, *« quand tu as fonctionné pendant 10/15 ans avec la dope et que d'un seul coup tu l'arrêtes, ta vie est vide(*Pierre*). »*

> *« Il n'y a plus rien de tout ce qui remplissait ta vie avant, il faut la re-remplir avec autre chose et changer toutes tes motivations. Pendant 15 ans, toutes nos journées étaient entièrement mobilisées par ça : trouver de l'argent, de la dope. Ça mobilise toute une énergie et quand ça s'arrête, tu te retrouves vide. La méthadone physiquement c'est confortable mais dans ta tête, tu te retrouves un peu légume (Marine). »*

En consommant des drogues, les individus sont devenus des toxicomanes, soit des individus essentiellement pris dans des conduites d'échanges, de recherche, de vente et de consommation de produits. De ce point de vue, ils ont pleinement investi un statut dont ils ont endossé le rôle sans que ce rôle devienne un support d'identité pour soi. En particulier parce que ce rôle a été mis en œuvre dans le cadre d'interactions sociales faisant l'économie de toute intersubjectivité. Dans les mondes de la drogue chacun est, ou devient pourvoyeur ou objet de pourvoyance (Memmi, A., 1993). D'un manière ou d'une autre, ce type d'échange participe de l'affaiblissement de la subjectivité individuelle. Chacun devenant un moyen utilisé par d'autres pour atteindre leurs fins et réciproquement. Dans ce système d'échange, le moteur de la conduite individuelle n'a pas valeur de « motivations» celles dont parlent Marine, Pierre, ou d'autres encore. Dans les mondes de la drogue, les individus se retrouvent soumis à l'action de déterminations extérieures. A entendre la manière dont Marine se représente le travail à mener – il faut qu'elle trouve quelque chose pour « re-remplir sa vie » –, il semble que le positionnement reste le même, à la différence près qu'elle ne se lance plus ou pas encore dans la recherche de cet « autre chose » qui pourrait la « remplir ». Elle attend.

Les contraintes inhérentes au traitement se sont assouplies. A l'échelle de la journée, l'ingestion du produit de substitution n'est plus un événement. C'est la plupart du temps un geste anodin. Les visites au centre, chez le médecin ou chez le pharmacien peuvent également devenir habituelles, voire attendues. Mais, envisagé sur le long terme, le traitement reste une entrave qui empêche de bouger. En particulier pour les patients sous méthadone. La règle des sept jours[3] rend l'aménagement de projet pour le moins difficile. Les vacances par exemple, doivent être prévues longtemps à l'avance et requièrent des démarches d'organisation complexes, pas toujours réalisables. Les individus ne peuvent se rendre que sur des lieux proches de centres méthadone, acceptant en outre de leur délivrer leur produit de substitution. Des vacances à l'étranger sont donc souvent d'emblée compromises.

Par ailleurs, le rapport aux autres devient source de difficultés. La relation aux *« g ens normaux* » s'avère doublement contrariée. Les individus se voient concrètement dotés de critères de normalité puisque ce qui faisait leur marginalité a disparu. Pourtant, ces caractéristiques nouvellement acquises, s'apparentent à des signes extérieurs de normalité. Beaucoup s'enferment dans le sentiment d'une différence indépassable qui

[3] La réglementation des traitements ne permet pas une délivrance de méthadone qui excède 7 jours.

s'exprime dans la peur ou le mépris. Philippe craint d'être rejeté par « *ces autres* » qui lui apparaissent « *mal renseignés* » ou *« mal intentionnés* ». « *Beaucoup de personnes croient encore que les types prennent de la méthadone pour se défoncer la gueule... Pour eux, de toutes façons, c'est : qui a bu boira. »* Philippe ne veut pas « *les voir* ». Mais il a lui même « *peur d'avoir des réactions de toxico*. *Dans la façon dont je m'exprime, dont je parle. Je ne suis plus toxico mais... Il y a toujours des formes de... Pas des formes d'intonation mais des formes de construire une phrase... Je ne sais pas. »* La crainte de Philippe est d'autant plus visible qu'il revendique bruyamment son statut de malade et incrimine « *les gens normaux* » pour leur manque de considération.

> « *Je suis une personne à part entière et puis c'est tout ! J'ai un traitement médicamenteux, c'est tout ! C'est bien marqué "maladie psychiatrique" ici ! Il n'y a pas marqué "Parking réservé aux toxicomanes" ! (Philippe) »*

D'autres, se sentent étrangers aux « gens normaux ». Ils fuient leur compagnie. Marine n'a *« rien à leur dire* ».

> « *Je n'ai pas grand chose à voir avec tous ces gens là. Les gens que l'on voit par exemple à la sortie de l'école. Et puis, ce qu'ils ont à raconter ne m'intéresse que très peu. Ils ont un vécu totalement différent du mien... Ce n'est pas parce qu'il est différent que ça me pose problème, mais... C'est sans intérêt pour moi (Marine). »*

De même, Baptiste a des « *am-i-s, des ami-e-s* » mais *« ceux qui en prennent* » l'énervent, *« ceux qui n'en prennent pas* » l'énervent aussi. Il trouve leurs problèmes *« complètement nuls ». « Je ne veux pas dire par là que je suis mieux que les autres mais… »*

Les individus mesurent le décalage qui préside à leur relation aux « *gens normaux* ». Ils disposent des mêmes attributs sans pouvoir véritablement leur ressembler, ils s'accrochent aux mêmes aspirations sans vouloir que leur vie s'apparente à la leur. Un profond décalage structure aussi la relation aux toxicomanes. Les individus sont tout à la fois associés de fait à leur anciennes relations et dans la réprobation d'un groupe dont ils veulent se départir.

En quête de sensation

L'absence de croyance en la possibilité d'un plaisir retrouvé avec les drogues, s'accompagne parfois d'une grande désillusion. Les individus n'arrivent pas totalement à faire le deuil d'une expérience qui les a d'abord renversés précisément par son potentiel d'euphorie, de bien-être, de désinhibition**.** Les individus déchantent également par rapport aux espoirs ou projections reportés sur le produit de substitution. Certains espéraient que *« ça leur ferait quand même un petit truc »*. François a été « *déçu* » la première fois qu'il a pris de la méthadone, il n'a rien ressenti. « *Peut-être* » était-il « *en recherche de défonce* ». Toujours est-il *« qu'avant de l'avoir prise et après, il n'y avait aucune différence* ». Il n'avait « *plus de douleur, plus de trucs comme ça*. » Mais ce n'est pas ce qu'il attendait. Il voulait que « *ça lui fasse un truc dans la tête, quelque chose, et ça ne lui a rien fait du tout. »* Kalil a été l'un des premiers patients du centre C. Le premier jour, ils étaient trois dans la salle d'attente où les soignants leur avaient demandé de rester afin de surveiller leurs premières réactions à l'ingestion de méthadone : « *je me rappelle, on était dans la salle il n'y avait pas un bruit. On se regardait : tu sens quelque chose toi ? Non. Et toi ? »*

Entre l'héroïne et le produit de substitution, la toxicomanie et le traitement, les individus établissaient une certaine analogie qui n'a plus lieu d'être au moment où le produit de substitution restitue un équilibre physique sans provoquer de sensations de bien être. Les individus ont d'abord cherché dans les drogues ce bien-être comme support d'une construction de soi. Le produit de substitution était appelé si ce n'est à le rétablir, en tout cas, à débarrasser les individus de souffrances devenues dominantes dans leur corps c'est-à-dire aussi d'un certain rapport à soi réduit à l'enchaînement du manque et du soulagement. Le produit de substitution enlève les douleurs physiques mais ne restaure pas l'envie. Il est un puissant anesthésiant, comme les drogues qui n'ont jamais donné envie de rien : « *pas d'envie ni de désir. Pas faim, pas soif, pas envie de sexe (*Arthur)*. »*

De plus, les individus ont gardé un fonctionnement général qui associe le bien être à la prise d'un produit. Ils continuent donc d'identifier l'envie à la sensation que pourrait leur donner « quelque chose » d'autre que l'héroïne ou le produit de substitution. Ils gardent la nostalgie du plaisir éprouvé quand « *on plane* », quand on « *pique du nez* », quand « *tu n'es bien qu'avec toi même dans ton coin* » (Arthur). Mais c'est apprécier une sensation de plaisir qui ne transite plus par la relation au monde ou à

l'autre, une sensation qui est rapport direct à soi-même. Avant de devenir « un épouvantable mariage de l'individu avec lui-même », ce rapport direct de soi à soi est synonyme d'un plaisir qui ne souffre aucune comparaison. S'apprêtant à faire son premier shoot à un ami, le héros de *Trainspotting* lui lance : « imagine le plus grand orgasme que tu aies jamais connu, multiplie le par 10 tu ne seras pas encore proche de ce que tu vas ressentir avec ce que je vais te faire ».

Le plaisir est inouï mais il ne découle pas d'un désir. Il ne s'accompagne pas d'émotions. Le rapport à soi qui transite par ce plaisir est également synonyme d'une forme de mort puisqu'on ne saurait exister en relation directe à soi, sans plus de lien avec l'extérieur. L'abus de drogues signe la fin de toute réalisation personnelle. C'est parfois ce que l'individu a aimé.

> « *Au-delà de la sensation physique, ce que j'ai aimé c'est l'impression que ça t'enlève toute humanité (…)Tu deviens un mort-vivant. Tu perds toute émotion au fur et à mesure. Elles s'effacent, tu deviens cynique (*Arthur). »

Mais c'est aussi de cela que les individus ont cherché à se dégager en entrant en traitement. Une fois stabilisés, ils ne sont plus dépendants des drogues mais ils n'éprouvent pour autant pas plus de désirs ou d'émotions. Parce que les sensations procurées par les drogues commandaient le rapport à soi sans doute fallait-il « faire le vide ». Le besoin de drogues est évacué mais c'est précisément ce qui ouvre le vide. Le rapport à soi fonctionne toujours au besoin de sensation et l'individu demeure démuni quant à s'engager dans une activité personnelle et non plus dictée de l'extérieur : « *j'ai l'impression qu'il me manque encore quelque chose justement, c'est mon truc en ce moment* (Matthieu). »

La troisième étape du traitement est placée sous le signe du désenchantement. La sortie paraît au mieux remise à plus tard, au pire illusoire. Et la déconvenue affecte les attentes reportées dans le traitement : *« tu as toujours l'espoir quand même que ça va te soigner, te guérir et en fait, ça ne fait que reporter à plus tard la vraie indépendance (Charlotte). »*

Un corps souffrant

Tous les individus disposent d'une conception propre de la sortie de la toxicomanie. En entrant en traitement, la plupart souhaite atteindre l'abstinence. D'autres envisagent d'accéder à une gestion de la consommation de drogues. Ils souhaitent se protéger des risques inhérents à cette pratique mais conserver la dimension de plaisir procuré par les drogues. Cela correspond tout autant que l'abstinence à un modèle de sortie de la toxicomanie. Force est de constater que la forme de sortie réalisée pendant le traitement ne correspond à aucun des deux modèles individuels. Les individus ne sont pas abstinents, ils n'éprouvent pas de plaisir. Quotidiennement, ils doivent ingérer « *de la came qui n'en est pas* ». Ils se voient dépendants, tenus par une dépendance qui leur apparaît plus insidieuse que la dépendance à la drogue. « *L'idée de la dépendance* » dérange Fabrice. « *La dépendance elle est là* » et c'est à ses yeux une dépendance « *négative, qui n'apporte rien. Même la cigarette apporte du plaisir*. » Il estime donc qu'il est « *pris dans une dépendance qui est encore plus dure à supporter parce que c'est une dépendance qui est fausse. C'est un peu comme l'insulino dépendant c'est-à-dire qu'il faut ça pour être debout. »*

Cette « *nouvelle dépendance* » dont parle Fabrice n'est pas simplement une « *idée »*. C'est d'abord une sensation. Correctement dosés, la méthadone ou le subutex ne génèrent ni manque ni euphorie. « *C'est plat, linéaire* » (Christian). « *Il n'y a pas de pic* » (Clément). Mais l'individu éprouve l'ingestion du produit de substitution sous l'angle du besoin. De plus, la thérapeutique est lourde. Elle entraîne de nombreux effets secondaires. Christophe estime *« qu'il faut en parler aussi, de ces problèmes. Les sueurs par exemple, l'hyper sudation*. » Il a « *des montées de chaleurs »* qu'il n'arrive pas à contrôler *: « c'est vraiment gênant. »* Nicolas a eu des effets secondaires « *assez désagréables au début ».* Aujourd'hui, il y a la fatigue : « *à la longue c'est vraiment très fatigant. Ça fait partie aussi des effets secondaires du subutex la fatigue. Moi je le vis assez mal. »* Mêmes effets secondaires rapportés par Pierre et la plupart des patients : fatigue, hypersudation auxquelles s'ajoutent la constipation, les douleurs musculaires, la prise de poids, l'impact sur la libido et de nombreux troubles psychologiques tels que la nervosité, le stress. Dans une enquête menée sur 240 patients suivis dans 5 centres méthadone différents, Hunt et Rosenbaum reprennent les nombreuses plaintes des individus quant à ces effets secondaires vérifiés pour la plupart par les études sur l'action de la méthadone. Les patients de l'enquête rapportent les mêmes types d'effets

secondaires que les personnes que nous avons rencontrées. Toutes n'étant pas affectées par l'ensemble de ces troubles.

> *« Je n'ai jamais retrouvé mon état normal. Il y a l'usage de la dope qui m'a sans doute déréglé mais j'ai toujours cette impression de fatigue et l'hypersudation. Au moindre effort tu sues beaucoup plus, t'es obligé de te changer enfin... (Pierre) »*
>
> *« La première année, j'ai eu d'énormes problèmes de constipation, alors que l'héroïne ça constipe mais moi je n'étais jamais constipée sous héroïne. Avec le subutex, j'ai été obligée de faire des examens, des lavements. Je restais parfois dix jours sans aller à la selle. Je ne te dis pas dans quel état tu es au bout de dix jours donc... Tout ça, forcément ça m'a fatiguée à long terme et je crois que ça participe de mon état de fatigue aujourd'hui (Charlotte). »*
>
> *« Quand il fait chaud c'est infernal. Tu transpires c'est... Moi je me souviens une fois j'étais allée à la bibliothèque et je transpirais tellement qu'une femme m'a apporté un siège et m'a dit : asseyez-vous vous allez faire un malaise. C'est très très gênant ! Et dès que tu te sens un peu stressée tu transpires d'autant plus (Marine). »*

Pour Marine, l'effet secondaire le plus « *gênant* » est celui qui affecte sa libido. Elle ressent « *une absence de désir »* et trouve que « *à 38 ans c'est dur ! Avec la méthadone tu n'as pas envie. Pour moi, c'est l'un des gros problèmes de la méthadone. »* L'effet de la méthadone sur sa libido affecte ce qu'elle considère comme « *l'un des grands plaisirs de la vie »*. C'est aussi une « *atteinte à son identité de femme* ». Elle, comme Sofian, ne se sentent pas bien dans leur corps ayant grossi respectivement de 20 et 18kg. Sofian ressent son corps comme « *un amas d'organes qui font du bruit, qui dysfonctionnent. »* Le contraste entre ce « *corps machine* » et celui des autres l'incite à se tenir à distance des jeunes femmes attrayantes qu'il rencontre.

Une nouvelle dépendance

Ni « toxicos », ni sortis, les individus ont d'autant plus de mal à accepter cette nouvelle dépendance qu'elle n'était ni attendue ni prévue au moment de leur entrée en traitement. Par rapport à la durée de leur toxicomanie, la longueur du traitement est souvent inévitable. Elle « *coule de source* » du point de vue des soignants. Les individus eux, découvrent la véritable temporalité de ce traitement qu'ils percevaient jusque là

comme « *un produit pour décrocher* ». Henri « *le sent maintenant* ». Si un jour il ne prend pas son subutex, il a « *du mal à s'endormir* ». Il n'est *« pas bien. »* Il « *le sent à l'intérieur qu'il lui manque quelque chose*. » Et *« ça le daille* » d'autant plus qu'il n'a jamais ressenti le manque quand il prenait de l'héroïne. Il trouve ça « *bizarre »*, mais il donne en exemple les trois semaines de vacances qu'il a passées sans consommer d'héroïne : *« trois semaines c'est long ! Mais je n'ai pas été en manque. Alors que là, je n'en prends pas pendant un jour, je ne suis pas bien ! »*

Les multiples manifestations de cette nouvelle forme de dépendance compte parmi les thèmes sur lesquels les individus reviennent fréquemment. Leur expérience présente n'a pas de commune mesure avec celle de leur toxicomanie. Et les individus ne manquent pas de souligner combien le traitement les a soulagé, combien ils sont désormais débarrassés des angoisses induites par leur mode de vie passé. Délestés des multiples contraintes et dommages quotidiens liés à la recherche et à la consommation de substances illicites, ils sont « passés à autre chose ». Néanmoins, une forme d'analogie subsiste entre leur passé et leur présent. La journée n'est plus scandée par l'alternance du manque et du soulagement mais elle est à la monotonie, ce qui fait écho à ces journées de « toxico » qui se ressemblent toutes. D'autant que, même si le traitement est devenu un élément du quotidien, il reste peu banal et par là même central dans l'appréciation que les individus portent sur leur situation. Ils étaient avant tout « toxico », ils sont avant tout « substitués ». Leur rapport à ce produit de substitution est au moins aussi ambivalent que celui qu'ils entretenaient aux drogues consommées. Pour l'alliage du besoin et du rejet du moins. Les individus n'ont de cesse d'évoquer leur volonté comme leur désir de faire un sevrage de méthadone ou de subutex. Simultanément reporté dans le temps, ce sevrage reste un projet. Beaucoup commencent à diminuer la dose du produit de substitution ingérée. Ils entrent dans une phase de sevrage qui ne se poursuit pas jusqu'à son terme[4]. Charlotte a débuté une période de sevrage. Durant plusieurs mois elle a diminué sa dose de subutex sans difficulté. Aujourd'hui, elle n'arrive pas à franchir le « *dernier pallier*».

> *« La dégression elle est facile jusqu'à un certain point. Moi je prenais 8mg et j'ai diminué de 0,4mg par semaine pendant x temps, et je*

[4] Nous parlons de l'expérience de sevrage des individus rencontrés. Notre propos n'est donc pas généralisable, il est probable que d'autres toxicomanes mènent ce sevrage jusqu'au bout, ou même que les personnes rencontrées aboutissent ce sevrage à long terme. Cela a été le cas de Sofian que nous avons revu trois ans après l'entretien, sevré de méthadone en trois semaines.

ne sentais rien parce que 0,4mg sur une dose si importante c'est rien. Maintenant je suis à 0,4mg depuis presque un an et je n'arrive pas à passer à rien du tout parce que c'est infime mais c'est là, ton corps il le ressent davantage ce 0,4mg là que les 0,4mg qui s'accumulaient sur d'autres doses. En fait, ce dernier pallier il est vraiment, pas moralement mais physiquement, très dur à franchir. Ça vient du corps (...) Là, en décembre, j'ai essayé d'arrêter. J'avais vraiment envie parce que j'en ai marre. Il y a plein de choses que je ne peux pas faire tant que je serais sous traitement. Je ne peux pas avoir de grossesse. Je n'ai pas envie d'arrêter pour avoir une grossesse, je voudrais arrêter avant, pouvoir y penser, essayer de mettre mon corps un peu mieux. Donc, j'en ai marre il faut que j'arrête mais je n'ai pas réussi, j'ai pas pu (Charlotte). »

La dépendance ressentie va à l'encontre des modèles individuels de sortie de la toxicomanie. De ce point de vue, la désillusion ne se ramène pas à une pure attitude de toxicomane, c'est-à-dire à des individus « *qui veulent tout, tout de suite* » ou ne seraient pas à même de réaliser que leur situation nécessite des soins de longue durée. Sous produit de substitution, les individus se sentent tout à la fois « *anesthésiés* » et mis à nu. L'anesthésie tient certainement aux propriétés de la substance ingérée, méthadone ou subutex. Nombreux sont ceux qui se disent « *endormis »* ou « *ramollis* ». Pierre se sent écrasé sous une « *chape* » : « *une chape sur l'aspect émotif… C'est très subjectif. C'est peut-être la dépression. Mais j'ai l'impression d'avoir mes sens en sommeil.* » Cette sensation vient assourdir les émotions que les individus pensaient retrouver au début du traitement. C'est pourquoi, certains se tournent vers divers psychotropes afin d'éprouver à nouveau leur corps, fusse dans une démarche qu'il ne souhaitent plus avoir. Laetitia ou Antoine disent réaliser combien ils ne peuvent pas vivre « *sans rien* ». Pour Laetitia « *c'est le vrai problème ».* Elle ne peut pas vivre « *sans rien ».* Elle a toujours *« besoin de quelque chose ».* Elle *« aura toujours besoin de quelque chose. »*

« C'est trop tard. Au bout de quinze ans, je n'imagine pas la vie sans rien. Alors je fume beaucoup, je picole (Laetitia). »

« Chercher à ôter la drogue ça ne marche pas... Il y a des gens qui se sentent mieux dans leur vie avec la drogue. Moi j'ai l'impression que j'ai besoin de ce masque. Je ne peux pas être directement confronté à la réalité (Antoine). »

Sentir que l'on ne peut pas « *vivre sans rien* », constitue un puissant effet de rappel de la toxicomanie. Les individus ont besoin du produit de substitution, ils le sentent, se sentent « *accrochés* ». Cette sensation peut être vécue comme une manifestation brutale de la dépendance, synonyme d'une impossible sortie. Encore en traitement, dépendants d'un produit opiacé, d'une institution, de spécialistes du soin, les individus ressentent leur toxicomanie comme mise à nue. Ils réalisent que cette dimension de leur identité ne pourra pas être gommée. Elle domine leur vision d'eux-mêmes. Personnellement, ils se sentent toujours toxicomane, constitués ou gouvernés par « quelque chose » qu'ils honnissent et qui entrave leur épanouissement personnel. Cette prise de conscience intervient au moment où la dépendance aux drogues a été « neutralisée ». Débarrassés du manque et de la compulsion, les individus n'en éprouvent que plus clairement leur dépendance. Le produit de substitution est parfois perçu comme venu se loger dans la partie la plus intime de soi. Ce produit gouvernerait les émotions comme les sentiments. Les patients de l'étude de Hunt et Rosenbaum utilisent des expressions telles que « *methadone gets in your bones* », « *gets in the marrow of your bones* », « *eats you up* » pour traduire ce sentiment. Bien souvent, cela ne remet pas en question leur souhait de continuer le traitement. Mais ils se positionnent alors dans une ambivalence indépassable. Le sentiment d'être « *attaché* » confine à la colère sans pour autant annuler le désir de rester en traitement.

Envies de « défonce »

A ce stade, il n'est pas rare que certains connaissent des formes de « *rechutes* », consomment diverses substances (alcool, cocaïne, médicaments...) leur permettant de retrouver des sensations de plaisir. En plus d'être dangereuse, l'association de divers psychotropes au produit de substitution vient mettre en question la réussite du traitement aussi bien pour les soignants que pour l'individu. Celui-ci n'est pas « grisé ». La plupart du temps, il souffre de « se voir retomber » mais signale dans le même temps un besoin de sensation de plaisir ou de protection. Antoine « *s'est mis à l'alcool* ». Il a toujours une bouteille dans son sac : « *du rhum pur* ». Il en souffre, il désespère de pouvoir arrêter un jour et il s'interroge : « *on est tellement habitué à avoir un palliatif et à ne pas supporter... La vie en face qu'on en vient à prendre un truc ou un autre. »* Pour tous les individus, la pensée du produit et l'envie de « *défonce* » deviennent tenaces. C'est sur un ton qui cache mal sa frustration que Damien s'emporte en comparant le subutex à l'héroïne : « *le subutex ça remplace pas l'héroïne ! C'est clair... Ça remplacera jamais l'héroïne. L'héroïne c'est*

tout un rituel c'est... Je ne sais pas, la poudre, on se l'étale, on se la machine... Le subutex c'est un cachet. » Avec lui, et d'une manière ou d'une autre, tous les individus énoncent ces « *envies de défonce* » qui sont en grande partie des réactions au désenchantement.

> *« J'en ai toujours envie, toujours envie, pas tous les jours, mais j'en ai toujours envie. Ça me reste dans la tête. J'arrive pas à me l'enlever. Malgré que j'ai le subutex, que ça me fait vivre autrement, vivre mieux qu'avec ça, et que socialement c'est beaucoup mieux, j'arrive pas à m'enlever ce produit de ma tête... Ça part pas... Je ne sais pas. Je ne sais pas pourquoi j'arrive pas à l'enlever (François). »*
>
> *« Ça remplace pas non...et... Même si je connaissais ça et qu'on enlevait ça de la planète, j'en aurais toujours envie. J'en trouverais pas mais j'en aurais toujours envie... J'en aurais toujours envie. J'espère que non, que ça ne durera pas jusqu'à 70 ans mais j'en ai envie… Envie, envie, envie (Clément). »*
>
> *« Tu es toxicomane, tu le seras toujours... C'est quelque chose... Encore il m'arrive d'en rêver. Enfin, plus trop maintenant, mais ça fait partie aussi du sevrage. Tu dors, et le peu que tu puisses dormir, tu rêves de ça (Charlotte). »*

Difficilement soutenables, les sensations de dépendance avivent un sentiment de fragilité personnelle et confinent au mépris de soi. Les individus se « *sentent accrochés* » au produit de substitution. Tous mettent en cause cette dépendance physique en insistant sur le fait qu'elle est indépendante de leur volonté. Ils ne s'attendaient pas et ne souhaitaient pas être « *tenus* » par le produit de substitution. Ils se disent « pris » dans un « état » qui ne relève pas de leur responsabilité. Dans le même temps, la déconvenue ne tient pas uniquement à cette réalité « imprévue » et conçue sous l'angle du déterminisme. La dépendance au produit de substitution ramène chacun à cette « identité de toxicomane » non extirpée par le traitement. Et les individus semblent retrouver ou éprouver avec acuité ce facteur d'identité qui les écrase. Ainsi entendue – « *je ne me départirai jamais de cette partie de moi que je rejette* » –, la désillusion individuelle permet de comprendre certains propos tenus ou conduites adoptées : « *Je ne suis pas fier de prendre de la méthadone* » avance Frédéric.

« A propos de la sortie »

Analysant les discours élaborés par des usagers de drogues sur leur consommation, Davies (1997) souligne les différences séparant les discours des usagers en ou hors traitement, ainsi que les discours élaborés aux diverses étapes du processus de sortie de la toxicomanie. L'auteur précise que ces discours ne doivent pas être conçus comme livrant la vérité des parcours individuels, ce qui n'a aucun sens à ses yeux, la vérification étant impossible[5]. En revanche, ces discours traduisent le positionnement de l'individu par rapport à sa pratique. Ils soulèvent les difficultés perçues par l'individu. Les discours changent aux diverses étapes de la toxicomanie comme de la sortie. Les individus en traitement adoptent principalement deux types de discours. L'un qui déploie une vision négative de l'usage de drogues. L'expérience étant vidée de son caractère hédoniste qui est remplacé par une vision négative des conséquences néfastes de l'usage de drogues. Le thème d'une perte de volonté ou de contrôle abonde dans ce discours qualifié d'« *addicted box* ». L'auteur avance que ces propos sont fonctionnels pour la sollicitation puis l'engagement en traitement. Les individus se persuadent de la perte définitive du plaisir et de leur incapacité à se fier à leur volonté avant de faire la démarche d'entrer en traitement. A un certain stade d'évolution du traitement, ce type de discours participe de l'installation de l'individu dans une nasse difficilement « cassable ». Un autre type de discours est caractéristique des individus en traitement. Plus instable que le précédent et émaillé de contradictions, ce discours compte notamment une présentation positive de l'usage de drogues. La résurgence de ce caractère hédoniste dans les propos s'accompagne parfois de « *rechutes* » qui sont suivies par un retour au type de discours « *addicted box* ». Par contraste, les usagers hors traitement n'adoptent jamais ces types de discours. Ceux-ci ne renient pas le caractère hédoniste de l'usage de drogues. Ils le mettent en avant. S'ils consomment encore fréquemment, ils insistent sur leurs capacités de maîtrise de la consommation. A propos de la sortie, ils disent s'être appuyés ou pouvoir s'appuyer sur leur volonté personnelle.

Les discours des personnes que nous avons rencontrées confortent les résultats de Davies. Dans le cadre du traitement de substitution, les individus ne parviennent pas ou peu à endosser la responsabilité de leur parcours. Ils expriment leur volonté de sortie de

[5] A moins d'observer les usagers tout au long de leur parcours ce qui paraît difficilement réalisable.

la toxicomanie tout en ne parvenant pas à se fier à leur résolution. Ils insistent sur la vacuité de la consommation de drogues tout en cédant parfois à la tentation du produit.

II) Arrêt en suspend

II.1) Envisager l'insertion

Les difficultés de retour à une vie ordinaire viennent renforcer les déconvenues liées au traitement. Elles tiennent parfois à la lourdeur des handicaps hérités d'une toxicomanie qui a été synonyme de désocialisation. Disposer d'un logement, d'une sécurité sociale, de prestations assurant un revenu minimum constituent pour certains un acquis par rapport aux conditions d'existence de leur toxicomanie. Malgré tout, il s'agit d'un saut qualitatif qui n'est pas changement de catégorie sociale. Ces individus demeurent exclus de « la masse majoritaire des gens qui ont un accès à ce qui est considéré comme normal dans l'ordre de la consommation (équipement ménager, automobile, etc.), et qui disposent aussi, à peu près tous dans les mêmes conditions, d'une assez forte sécurité, d'un haut niveau de protection sociale » (Touraine, A., 1992, P. 163-174). » Le logement peut être précaire, hôtel ou foyer, et les prestations insuffisantes pour assurer ne serait-ce qu'un minimum vital décent. Six personnes de notre échantillon vivent dans ces conditions d'existence. Le confort matériel des autres varie fortement d'une personne à une autre, mais ils disposent « au moins » d'un logement personnel, d'un travail pour certains et conservent des relations avec un ou plusieurs membres de leur famille.

Retrouver une vie ordinaire compte parmi les critères individuels de la sortie de la toxicomanie. Le mode de vie escompté est décliné en aspirations des plus banales. Une maison, un travail, un foyer. Matthieu a *« des visions d'avenir avec sa nana. »* Il a envie d'avoir un bébé avec elle, un appartement : « *des trucs de beaufs. Mais sans devenir beauf. Des trucs normaux, naturels. J'ai envie d'avoir une vie comme ça. »* Renaud a toujours été « *marginal* ». Il a toujours « *vécu de vols ou d'embrouilles* ». Maintenant, « *il faut qu'il rentre dans le droit chemin*. » Il a le projet d'acheter un appartement avec sa compagne. Elle veut un enfant. Lui, veut *« pouvoir amener un beef-steak tous les jours à son enfant. »* Alors*, « il faut savoir se dire : maintenant, je vais être honnête. Je vais travailler. »* Renaud a « *envie de ce chemin là* ». C'est un chemin « *difficile mais il vaut le coup. »* Même parfaitement triviales ces aspirations supposent un statut social

que nombre d'individus peinent à investir. Il y a là un effet d'exclusion entretenu de l'extérieur ou bien lié à une incapacité individuelle à la réinsertion. C'est le cas de Kalil. Toutes peines cumulées, il a passé onze ans de sa vie en prison. A présent il songe à se réinsérer mais il ne veut pas de « *n'importe quel boulot*. »

> *« J'aimerais bien travailler dans un zoo. Ça, ça me plairait. J'ai demandé ici qu'ils m'aident pour me brancher sur un truc comme ça. Mais c'est toujours pareil : on va voir, on va voir. Ils s'en foutent en fait (Kalil). »*

Ici, la trajectoire dans la toxicomanie a à ce point déconnecté l'individu des faits objectifs de la vie sociale, que ses projets en deviennent totalement décalés. Cela ne concerne qu'une minorité des personnes rencontrées. Le plus souvent, les prétentions des individus à investir une nouvelle existence sociale sont brisées, de fait, par la lourdeur des handicaps hérités de la toxicomanie. Ils manquent d'un « minimum vital » et leur situation sociale est rarement accordée à ce qu'elle devrait être au stade de la vie qu'ils ont atteint. Pierre ne se sent pas « *conforme* » à ce qu'il attribue à sa classe d'âge : *« tous les gens de quarante ans ont vécu quelque chose et ont appris à se résigner peu à peu. Moi, je me retrouve sans avoir vécu comme eux, à devoir me résigner tout d'un coup. »*

La signification sociale de ces handicaps grève souvent toute velléité d'intégration. Pierre n'est pas *« installé »*, il ne peut pas « *s'assimiler à une classe socioprofessionnelle. »* A ses yeux, la réinsertion ne peut pas le concerner.

> *« La seule chose qui me permettrait de me sortir de là, ce serait de monter une affaire. Mais je n'ai plus les même possibilités qu'à 20 ans. Les banques ne me font plus confiance. Je ne peux plus me dire que je vais entrer par la petite porte et grimper. J'ai 40 ans. Je n'ai plus le temps (Pierre). »*

Baptiste est dessinateur publicitaire. Mais cette qualification reste « *théorique* » parce que *« il y a eu la came tout de suite »*. Il n'a *« même pas terminé ses études, alors qu'il avait un bon dossier et des possibilités de place »*. Mais aujourd'hui « *les techniques ont évolué. Il ne les a pas suivies*. » Il se dit que *« c'est rapé »* pour lui. Il n'a aucune idée de ce qu'il va faire : « *je suis à la croisée des chemins. Je n'ai aucun projet.*

Je m'angoisse d'ailleurs un maximum à ce niveau là... Vraiment... Je ne sais pas trop quoi faire de ma vie. »

Couplé à cette incertitude personnelle, le refus extérieur d'accorder à l'individu une place autre que celle « *d'ex-toxico* », place qui l'assigne à la marge.

> *« Je lutte déjà pour essayer de trouver un endroit pour dormir. Un endroit où je pourrais me poser pour donner et recevoir des coups de fils. Je n'ai pas de tunes pour acheter le canard. Je suis crevé. Il y a beaucoup de nuits où je ne dors pas alors… Je pourrais me bouger mais pas tous les jours merde ! Je ne suis pas Hulk ! il y a des moments où je n'en peux plus (Matthieu). »*
>
> *« C'est bien beau de discuter, bien sûr, c'est bien beau de faire prendre conscience aux gens. Mais on n'est pas complètement idiots ! Même si on est toxico, on sait ce que c'est que la vie, on est conscient qu'il faut travailler, que si tu ne travailles pas tu ne manges pas, tu n'as pas d'argent, rien. C'est bon ! On est conscient de ça. Mais quand on sort de là qu'est-ce qu'il y a ? Rien ! C'est comme quelqu'un qui sort de prison. Il n'a rien et au bout d'une semaine il se retrouve devant le juge pour braquage : ben oui, je suis sorti, je n'avais pas une tune, je dormais dehors. C'est comme repasser à la case départ, comme avec l'héroïne. S'il n'y a rien de mis en place c'est un cercle vicieux (Joël). »*

La toxicomanie se constitue en stigmates visibles sur le marché du travail par exemple, quand le Curriculum Vitae disponible est percé d'années blanches, quand l'individu bénéficie d'A.A.H[6], ou tout simplement quand il sollicite un emploi en étant RMiste à plus de trente ans. Il n'est pas toujours de « traces » visibles de ce passé mais, même cachée, l'expérience constitue en elle même un stigmate toujours potentiellement « discréditable » (Goffman, E., 1975). Les relations aux autres, au monde ordinaire, s'avèrent extrêmement délicates. L'individu doit développer des aptitudes pour gérer son stigmate. Tous savent ou font l'expérience des préjudices liés à leur passé. Frédéric vit seul. Il aimerait bien *« rencontrer quelqu'un* », d'autant qu'il lui arrive fréquemment de discuter avec « *des filles* » auprès desquelles « *il a la côte* ». Ces rencontres ne dépassent pas le cap d'une discussion momentanée : « *la nana, si je lui dis que je prends du subutex, que j'ai une hépatite C, elle se casse et je la comprends. »* Kalil a l'impression *« qu'on lui a enlevé l'étiquette de toxicomane, mais qu'à la place on lui a*

[6] Allocation Adulte Handicapé.

mis l'étiquette de méthadonien ». A ses yeux, pour beaucoup de gens, « *un méthadonien c'est un mec qui a le Sida qui va mourir et qui est dans un centre spécialisé. »*

L'obligation de gérer le stigmate est une expérience des plus communes. Elle n'a rien d'un apanage des toxicomanes ou de toute autre catégorie d'exclus. Mais il reste que la toxicomanie compte parmi les stigmates les plus discriminants. En conséquence, s'il est une spécificité de la gestion du stigmate pour les toxicomanes, elle tient à la lourdeur de l'entreprise.

En plus des entraves concrètes à l'investissement d'un nouveau statut, les projections individuelles sont souvent contrariées. Cela influence en retour leur transformation personnelle. La constitution individuelle (ou « self ») prend appui sur les prétentions d'une personne qui sont limitées par les réalités sociales, mais surtout par les interprétations que les autres en font, même de manière bienveillante (Goffman, E., 1975). Or, il peut arriver que les prétentions individuelles laissent autrui au mieux impuissant, au pire indifférent. Par exemple, mêmes mus par les meilleures intentions qui soient les soignants contrarient parfois les projets d'insertion individuelle. Soit en restant muets parce qu'ils ne peuvent intervenir pour aider l'individu, soit en lui signifiant que ses prétentions n'ont que peu de chances d'aboutir, soit en se montrant intraitables sur un protocole certes optimal en regard du traitement, mais qui apparaît à l'individu comme une négation de ses difficultés extérieures, un désintérêt face à son existence sociale.

> *« Je ne leur parle pas de travailler. Les médecins considèrent comme normal que je ne cherche pas de travail. Au début, quand je leur ai parlé de travailler, ils m'ont dit : mais pourquoi vous avez l'intention de travailler ? Vous n'êtes pas prêt. En gros, c'était : arrêtez de rêver, je vous arrête tout de suite, travailler n'y comptez pas (Eric). »*
>
> *« Le médecin ne va pas me pousser à retravailler. Je pense que leur idée c'est de remettre les gens à zéro et d'attendre après qu'eux mêmes aient envie de faire des choses (Marine). »*
>
> *« Je suis revenu à zéro. C'est l'impression que ça me fait. Ils m'ont remis à zéro et après ça va être : vas-y maintenant, démerde-toi, cherche du travail, fais ta vie ! (Simon) »*

Dans les exemples cités, l'attitude des soignants ou les limites de leur intervention, contrarient les prétentions individuelles. Elles participent donc du maintien

de difficultés identitaires. Il ne s'agit pas d'imputer aux soignants l'entière responsabilité de ce processus. Cependant, ce sont les témoins privilégiés de la transformation personnelle, témoins désignés pour accompagner les changements. Dès lors, même la manifestation de leur impuissance participe des atteintes portées à la constitution personnelle des individus. Pour ceux qui ont à ce point concentré l'ensemble de leurs rôles sociaux autour du seul statut de toxicomane, la limite posée à leurs prétentions est d'autant plus difficile à soutenir qu'ils ne disposent pas d'un autre rôle où puiser une alternative au refus d'existence sociale ressenti à l'extérieur ou pressenti dans le regard d'autrui. Au-delà, ou en plus de ce type d'obstacle à l'insertion, l'ensemble des individus ploie sous l'effet d'un sentiment de vide. Pas ou peu d'envie pour stimuler un quotidien souvent désoeuvré. Et l'on ne peut qu'être frappé par la récurrence du thème de l'ennui dans les propos concernant le présent.

II.2) « L'ennui ordinaire[7] »

Lydie passe le temps. Sa vie tumultueuse s'est tarie en monotonie quotidienne. Les visites au centre méthadone occupent une partie de ses journées rythmées par l'emploi du temps de sa fille. Entre deux trajets vers l'école, après le centre, c'est la cuisine, le ménage et une fois par semaine une visite au père de sa fille incarcéré.

> *« Ma journée ça se passe vite. J'emmène la petite à l'école le matin, je viens ici au centre le matin, je prends ma méthadone. Je range chez moi. Je fais la vaisselle. Je prépare le manger, ma fille rentre manger le midi. Je vais la chercher à l'école. Je la ramène à 13 h 30. Je reste chez moi. Après, je vais la chercher à 16 h 30 et mes journées sont passées. Donc, je n'ai rien à dire. Je n'ai rien à raconter (Lydie). »*

Jean Marc et Carine se disent « *un peu perdus, noyés »* parce qu'ils « *ne savent plus quoi faire, plus envie de rien, quoi faire, comment le faire. »* Les promenades du chien comptent parmi leurs occupations. Sinon, c'est « *la maison* » où ils s'ennuient. A présent, les visites au centre « *ne prennent plus que 1 heure* » à Pierre et Marine. Restent les 23 h à occuper quotidiennement.

[7] Emprunté à Véronique Nahoum Grappe.

« Le quotidien, c'est comme tout le monde. C'est : se lever le matin, faire du ménage, remplir le frigo si c'est nécessaire... Comme tout le monde mais rien d'extraordinaire, d'exaltant, rien qui bâtisse l'avenir (Marine). »

« Je suis d'ans l'expectative. Il y a Herman –son fils- *qui meuble alors je fais certaines choses pour lui mais si ça ne tenait qu'à moi, je dormirais jusqu'à deux heures de l'après-midi, je me mettrais la télévision, je mangerais un peu et puis j'irais me coucher... Pour le moment, je ne fais presque rien. Je vis par procuration, en regardant la télévision où tu vois de belles histoires. Mais c'est dans ma tête tout ça. Je n'arrive pas encore à les faire ces belles choses (Pierre). »*

Agée d'à peine 24 ans, Charlotte est fatiguée. Elle se fait l'effet d'une *« mamie* ».

« C'est vraiment une fatigue... C'est profond. Il y a plein de choses que je ne peux plus faire comme avant. J'ai plus la force. Aller rue Ste Catherine marcher toute la journée. Je le fais mais je rentre chez moi, je mets quinze jours à m'en remettre... Une vraie mamie, c'est effrayant... Avec mon copain on sort moins... On est vieux... On ne sort pas... On jardine (Charlotte). »

Julien est un passionné de musique. Retrouver son groupe est la seule chose qui parvienne à le faire bouger. Mais pas à chaque fois. Il y a cette flemme qui le rend velléitaire : « *on se retrouve vraiment avec aucune envie... Pas envie de sortir pas envie de... Plus rien. Poser son cul devant la télé et puis rien foutre… Complètement passif. »* Quand il y a des répétitions de musique, Julien peut décider de ne pas y aller. Alors qu'il « *aime ça ». « Dès que j'y suis, j'éprouve des sensations que je n'éprouve pas ailleurs. »* Même, Julien a l'impression qu'il ne pourra *« trouver son bonheur, se réaliser que dans la musique*. » Il a envie de « *fouiller* ». Mais *« il y a cette flemme qui est là. Une grosse flemme. »*

Concrètement, nombre d'individus sont souvent retirés dans un univers minimaliste. Pour tous, une forme d'isolement se donne à voir subjectivement dans le rapport à soi. Philippe n'a de cesse de parler de « *sa maladie* ». Il s'applique à énumérer avec précision, tout ce *« qui prouve* » qu'il « *s'en est sorti* » et qu'il est à présent « *une personne normale qui a un traitement médicamenteux* ». Cependant, il exprime subrepticement un sentiment de fragilité désemparée : « *je suis encore un bébé... Je n'ai*

pas encore trop de recul... J'ai peur d'avoir des réactions de toxico. » Philippe se retire d'une vie qu'il ne se sent « *pas capable d'assumer* ». Il se dérobe au regard d'autrui qu'il pressent hostile. Plus profondément, il se détourne de sa propre fragilité en « *s'accrochant* » à son traitement, à l'idée qu'il « *n'a pas fini de guérir* ». Son désarroi intérieur fait écho au sentiment de honte ou de culpabilité qui préside à son rapport à autrui.

Pour d'autres, l'isolement désolé découle d'une écrasante lucidité analytique. L'individu ploie sous ses difficultés présentes, mais loin de les dénier, il s'attribue l'entière responsabilité de sa misère quotidienne, de sa vacuité intime, ce qui accentue son repli. Pierre saisit la fragilité de sa situation personnelle et sociale. Sa trajectoire dans la toxicomanie a fait de lui un marginal, étranger aux autres comme à lui-même. A 40 ans, il mesure la difficulté de son insertion professionnelle. Il lui paraît fondamental de travailler mais impossible de se réaliser dans le travail. Plus profondément, Pierre a l'impression d'être tour à tour *« un branleur et un vieux con ».* Marine évoque le double décalage qui la contraint à la solitude. Elle est méconnaissable aux yeux des autres parce qu'elle ne se présente pas sous un jour « *attendu* » à son âge (38 ans). Elle se sent aussi inaccessible à elle même parce qu'elle *« ne connaît pas son personnage intérieur. »*

> « *Il y a le regard des autres mais aussi le regard que tu portes sur toi... Tu te crées un personnage. S'il est bien créé il n'y a pas de problème. Mais si tu ne le connais pas trop ton personnage, parce qu'un jour il est vieux et sage, et le lendemain tout fou et jeune, c'est beaucoup moins facile pour entrer en contact avec les gens (Marine). »*

Pas le moindre souffle de colère pour évoquer cette langueur qui n'a d'autre instigateur que l'individu lui-même. A l'image des dépressifs contemporains analysés par Alain Ehrenberg, les individus glissent dans une « pathologie de l'insuffisance ». L'image de soi déjà peu flatteuse n'en est que plus dégradée. Pierre se *« retrouve dans un HLM, avec un gosse, sans ressource, avec une voiture qui brinqueballe de tous les côtés... On se retrouve anonymes... Vulgaires... Comme le commun des mortels. Pas ratés mais avec un sentiment d'échec. »* Christophe a l'impression « *d'avoir un ressort qui s'est cassé. »* Maintenant, il n'a *« même plus envie de sortir. »* Sofian n'est pas

« *heureux* ». Il ne quitte pas son lit : « *j'ai attrapé un coup de sommeil. Je dors, je dors, je dors*. »

Les individus s'installent dans un entre-deux qui figure une forme d'arrêt en suspend. A ce stade, et parce qu'elle est majoritairement définie comme un sevrage de toutes drogues, la sortie supposerait un détachement des soignants comme du produit de substitution. Les individus ne se sentent pas prêts, expression symbolique de leur sentiment d'être attachés, pris dans une dépendance présente qui ne bouge pas. Ce sentiment tient parfois directement aux prescriptions ou attitudes des soignants. « *On* » rappelle que le traitement est long ou que l'individu « *ne doit pas aller trop vite*. » Statut, traitement, mode de vie, ont changé mais l'individu n'est pas totalement dégagé de son identité sociale de toxicomane. Il n'est pas non plus totalement sorti d'un univers de sens, d'un rapport à soi et à l'autre jusque là dominé soit par l'intérêt dans « les mondes de la drogue », soit par les trahisons faites aux proches comme à soi.

II.3) Blessures héritées du passé

« Le corps »

La délivrance physique est l'un des effets les plus remarquables du traitement. Les individus re-découvrent leur corps et, avec lui, le fondement essentiel d'une assise personnelle. Mais ce corps que chacun se réapproprie peu à peu est souvent un corps malade. La peur de mourir a compté parmi les moteurs essentiels de la décision de sortie. Dégagés de la dépendance aux drogues, les individus se sont sauvés d'un processus de dépossession de soi. Mais nombre d'entre eux n'ont pour autant pas recouvré une intégrité physique. La fatigue ou les maladies héritées des années de consommation de drogues fragilisent la poursuite d'une reconstruction de soi et la mise en perspective du présent.

Le discours d'Isabelle ne s'écarte jamais plus de quelques instants de sa séropositivité. Douze ans après la découverte de sa maladie, le choc est le même. Il habite, lancinant, l'ensemble de ses propos. Par contraste, Baptiste et Antoine en disent peu sur leurs maladies. Mais quelques brèves évocations parlent pour un quotidien lourdement affecté.

> *« Je suis séropo, j'ai deux hépatites, j'ai une infection des poumons enfin bon… J'ai tout pour plaire (Baptiste). »*

> *« Ma grosse préoccupation c'est ma santé. La question que je me pose c'est ça. C'est les soins. Etant donné que maintenant, avec ces histoires d'alcool, j'ai une cirrhose déclarée, une hépatite B, une hépatite C d'autres trucs encore plus compliqués (Antoine). »*

Frédéric pensait être sorti de la toxicomanie. Il ne pensait plus à la drogue, il avait retrouvé sa femme et, avec elle, une vie dans laquelle il se sentait heureux. Jusqu'à l'annonce de son hépatite C.

> *« Là, c'est le passé qui revient en pleine gueule. A moi, une maladie qui fait flipper parce que... Maintenant je la vis bien mais à ce moment là, je flippe, je pense à mes deux gamines. Je me dis : pourvu qu'elles ne soient pas infectées. Une femme qui pète les plombs parce que bien sûr elle aussi elle reprend tout le passé dans la gueule. Donc, et là, moi, rechute, rechute parce que je suis tout seul (Frédéric). »*

« Entorses à la moralité »

Etre « stabilisé » en traitement, c'est souvent voir resurgir nombre de réminiscences qui mettent à mal le maintien d'une intégrité morale. Henri s'énerve quand il songe à l'argent dépensé pour s'acheter de l'héroïne. Les sommes englouties dans la drogue se reportent sur son niveau de vie actuel. Surtout, elles contredisent l'humble rigueur à laquelle il n'a paradoxalement jamais dérogé par ailleurs. En tant que telle, la quantité d'argent laissée dans l'héroïne n'a pas de signification. Si cette somme le choque profondément, c'est qu'elle dépasse inconsidérément son propre rapport à l'argent. Il faisait des crédits et comme il travaillait, la banque lui prêtait « *sans problème* ». Aujourd'hui, il paye encore ces « *conneries* ». Il a arrêté de prendre de l'héroïne depuis 3 ans, mais il paye encore. Il a « *encore des crédits* » dont il ne sait « *même plus* » quand il les a contractés. Mais il paye *« encore ! pendant deux ans encore !* » Il s'en veut. Quand il en parle, il s'en veut « *à un point inimaginable !* » Il a dépensé des « *millions et des millions là-dedans. C'est impressionnant le fric qu'on peut laisser là-dedans. Vous ne pouvez pas vous imaginer le pognon qui part en fumée. C'est impressionnant ! »*

Le maintien de l'intégrité morale est rendu plus difficile encore par le souvenir de ce que l'individu considère comme des manquements grave à la dignité humaine. Christophe dit ne presque pas souffrir du regard d'autrui. Tout simplement parce que

l'image méprisante que les autres lui renvoient n'est pas même l'ombre de celle qu'il a de lui-même.

> *« Il n'y a même pas besoin de me renvoyer une image. Je vois bien ce que je faisais quand même... Et même l'image que les gens pourraient me renvoyer, c'est même pas la réalité. Parce que c'était pire encore que ça (Christophe). »*

L'individu semble prendre la mesure de situations rencontrées et de ses réactions du moment qu'il juge contraires à ses propres critères moraux. Le constat de ces atteintes portées à sa propre moralité a été l'un des éléments impulsant le renoncement aux drogues. Il a été mis entre parenthèses au cours des premières étapes du traitement, puisqu'il s'est d'abord agi des manifestations les plus saillantes de la toxicomanie. Au début du traitement, l'individu voue l'essentiel de son énergie à la reconquête de son corps et à la restauration de sa situation sociale. Une fois ex-toxicomane, le processus de sortie s'ouvre au travail de gestion identitaire. La toxicomanie n'est pas « *seulement* » synonyme de « *problèmes* » elle est aussi « *problématique personnelle* ». La toxicomanie peut être conçue comme une entreprise de déstabilisation ou destruction du corps. Le corps des toxicomanes n'est pas « *simplement* » meurtri. C'est un corps absent ou dont on est absent. L'éprouver, c'est s'éprouver et être en lien avec le monde comme avec l'autre. La toxicomanie déstabilise également les relations affectives. Cela ne tient pas uniquement aux conséquences de surface des vols ou des mensonges. La confiance est ébréchée. Les proches n'en disposent plus, ou moins, pour prêter une somme d'argent ou consentir à la parole donnée. Plus profondément, la confiance malmenée est celle que l'on ne peut plus mettre en relation. La toxicomanie a été synonyme de trahisons de l'autre comme de soi ce qui fait obstacle à l'établissement d'une relation.

« Les trahisons »

Pour l'individu, ces trahisons se traduisent en remords qui portent atteinte à l'estime de soi jusqu'à le plonger parfois dans la consternation : « *à force de mentir aux proches, tu perds le respect de toi-même (Arthur). »* Les proches se méfient, l'individu a des remords. Ainsi d'Henri qui revient fréquemment sur le décès de son frère aîné lui-même toxicomane. Son attitude du moment le laisse pantois. Il ne comprend pas. Il aurait du « *stopper net ». « Parce qu'il est mort à cause de ça ! J'aurais du m'arrêter.*

C'est normal non ? ! Et puis non. J'aurais du m'arrêter mais ça ne m'a pas... Ça m'a pas... Ça m'a fait un choc mais c'est pas pour ça que j'ai arrêté. » Damien ne se sent pas bien quand il pense à ses parents. Il les a « *trahis* ».

> *« Le fait d'aller se faire soigner, et puis sortant de là je n'étais pas soigné. Donc je les ai trahis... Quelque part, je leur ai dit que je me soignerais, que je vais m'améliorer, que je vais m'arrêter et puis j'ai jamais arrêté. Donc je les ai trahis. Et puis je leur ai menti. Je leur ai volé leur carte bleue... Donc je ne peux pas... Ils m'ont toujours accepté chez eux (Damien). »*

Le chevauchement des temps employés par Damien traduit ici la persistance du malaise dans le présent. Sa confusion trouble toujours sa relation à ses parents. Judith use également indifféremment du passé et du présent à propos de la honte que lui procure les injections. Le mélange des genres en devient troublant.

> *« On n'est pas très fiers quand même... Je ne sais pas si les autres vous disent ça, mais moi j'estime qu'en tant qu'être humain... Je ne suis pas très fière de me défoncer de me faire mon shoot tous les jours, d'en avoir besoin. Ça me daillait plus qu'autre chose. Au début c'est bien beau mais après... Tu t'écoeures toi même (Judith). »*

Victor se fait l'effet d'un marginal. « *Dans les apparences* », il n'a rien d'un marginal « *mais dans le fond quand même ! »* Parce que la nuit il faisait *« n'importe quoi ».* Il est allé *« cambrioler des maisons deux ou trois fois ».* Il a *« maquillé »* des voitures *: « alors des trucs comme ça ! Quand même ! »*

Face à ces résurgences du passé, nombreux disent ne pas se reconnaître. Pas d'emphase dans cette perception de soi comme d'un inconnu. Les dérives de la trajectoire toxicomaniaque signifient la destruction d'un ou plusieurs facteurs d'identité. Les valeurs transmises par les groupes primaires, les membres mêmes des groupes d'appartenance, les interdits que l'individu lui même se donnait comme cadre de conduite n'ont pas été respectés. La trahison de ces supports de l'identification entrave le sentiment d'une consistance personnelle. Les individus se sentent décalés. L'ambivalence de leur situation sociale, ni toxicomanes, ni sortis, le regard d'autrui et sa traduction dans la vision de soi, tout concourt à l'entretien d'une instabilité éprouvante. Les plus âgés, comme Renaud, ont vu disparaître la quasi totalité des

personnes fréquentées pendant la toxicomanie. Dans ces conditions, certes extrêmes, comment trouver un ancrage attestant de son existence quand les partenaires de l'expérience vécue n'existent plus ?

> *« Moi quand je me regarde dans la glace, j'ai commencé à 12 ans. J'ai 41 ans. Je regarde derrière moi et je ne vois personne de vivant. Je vais dans certains quartiers où j'ai les pères ou les mères ou les frères d'anciens copains et je suis un dinosaure... Pour 41 ans, je suis un dinosaure. Parce que je suis un survivant des années 70, de tout ça (Renaud) . »*

II.4) Quel travail pour quelle sortie ?

La désillusion est déstabilisation. La nature du travail de sortie a changé. Initialement, patients comme soignants se concentrent sur la dépendance, soit une sensation connue des individus et pour laquelle ils ont longtemps expérimenté des techniques leur permettant de s'en défaire. Amorcer un sevrage de drogues par le biais du traitement de substitution, entreprendre la sortie du mode de vie de toxicomane mobilisent une énergie combative peu commune. Au début du traitement, l'essentiel de la détermination individuelle est investie dans ce travail de dégagement. Cela ne va pas sans souffrances. Mais les douleurs tant physiques que morales qui se présentent ont un sens pour l'individu. Celui-ci sait « *contre quoi et combien »* il doit se battre comme le souligne Thierry. Les maux du corps exposé au manque, les coups portés au désir de sortie n'ont rien d'inconnu. Peu supportable, la douleur éprouvée n'en est pas moins familière. Baptiste se rappelle que pendant les premiers mois du traitement « *ça n'allait pas du tout*. » Il « *déconnait complètement* », n'arrivait pas à « *arrêter, l'héro, la coke, à supporter le manque*. » Ce n'était pourtant ni le premier ni « *le pire* » des moments de souffrances physiques et morales qu'il avait connus : «*j'avais déjà connu des trucs monstrueux comme tout un chacun comme la plupart des types qui sont là ont vécu des moments très durs c'est évident. »* Cette connaissance intime du mal s'avère d'un soutien non négligeable que vient encore renforcer la détermination individuelle. Aux prises avec des difficultés et des douleurs très lourdes, l'individu n'en est pas moins doté de ressources pour « *se battre* » (Thierry) et son engagement s'inscrit dans un cadre de repères familiers. Par contraste, la fin de la dépendance aux drogues déstabilise. Les individus comprennent que le processus de sortie n'est pas terminé sans pour autant identifier clairement le contenu du travail à mener. Ils ne sont plus dépendants des

drogues, ils ont grandement ou pour partie restauré leur situation sociale. Ces changements correspondent à des transformations majeures par rapport au mode de vie précédent l'entrée en traitement. Les individus insistent : tout cela est prodigieux.

Pour autant, « *ça ne va pas* ». Comme beaucoup d'autres, Hélène voyait la méthadone comme « *le moyen de décrocher* » parce qu'elle était toujours dans « *cette idée de décroche*. » Aujourd'hui, elle pense qu'elle n'avait « *pas encore très bien compris que décrocher ce n'est pas ça. Ce n'est pas quelque chose qui peut se faire sur un temps court. »* A ses yeux, ce mot de « *décroche* » ne signifie « *pas grand chose* ». C'est un mot « *presque con parce qu'il s'écrit avec des* « *d » des « c » des « r » presque à l'infini. »*

Parce que le produit de substitution n'a pas permis de « *décrocher* », plus précisément parce que *« la décroche ce n'est pas ça »* sans que l'on puisse encore dire ce que c'est, les individus ont particulièrement besoin d'aide.

Conclusion

A ce stade du processus de sortie de la toxicomanie l'ambivalence de la situation individuelle se décline au plan du statut, du système relationnel et du rapport à soi. A moins d'associer stabilité du traitement de substitution et sortie de la toxicomanie, la situation de « patients stabilisés » n'a pas valeur de sortie pour l'individu. Ni abstinent, ni usager, il est dépendant d'un substitut qui, de plus, témoigne de sa dépendance à la drogue. Cela signifie que « l'arrachement » d'un rapport au corps commandé par le besoin d'une substance, fondamental dans le processus de sortie a conduit à une transformation qui reste partielle. L'individu est dépendant tout en n'éprouvant aucune sensation de plaisir. Il dispose d'un nouveau statut social, son mode de vie a changé mais il se sent enfermé dans une « condition » de substitué. Il n'est plus toxicomane mais il ne parvient pas à se projeter dans une nouvelle identité. Dès lors, continuer d'en sortir revient à construire les tenants d'un équilibre toujours précaire. En particulier, l'individu doit parvenir à tenir face au stigmate largement intériorisé, à s'engager dans la construction de facteurs d'identité détachés de la toxicomanie tout en affrontant son passé pour l'inclure dans une histoire de vie. Il y a là une formidable épreuve subjective.

Chapitre VIII

ÊTRE SUBSTITUÉ

Introduction

« L'entre-deux » caractéristique de la situation individuelle à un certain stade du traitement n'entame pas le caractère remarquable des transformations opérées depuis le renoncement aux drogues. Mais la définition de la sortie devient trouble et les individus manifestent une grande souffrance psychologique. La nature du travail de sortie a changé. Initialement, patients comme soignants se concentrent sur la dépendance, soit une sensation connue des individus et pour laquelle ils ont longtemps expérimenté des techniques leur permettant de s'en défaire. Dans le cadre du traitement, la « technique » change, essentiellement parce qu'elle est accompagnée et pour partie contrôlée par les soignants. Mais les deux parties s'entendent au moins partiellement pour œuvrer ensemble dans le même sens. Les choses sont claires : les uns viennent chercher un produit, les autres le délivrent. Les individus espèrent que le traitement les délivrera de la toxicomanie et qu'ils seront installés dans une nouvelle vie. Or, le traitement enlève la dépendance aux drogues puis permet de se maintenir « *en l'état* », c'est-à-dire dans la dépendance au produit de substitution et aux soignants. Pour les individus, il perd une partie de son sens. L'énergie du départ les quitte et les ressources sur lesquelles ils se sont appuyés jusque là « tournent à vide ». A moins de définir les toxicomanes sous le seul angle de la pathologie et d'une inaptitude à l'autonomie, on ne peut ramener le caractère partiel des transformations à une faiblesse » de l'individu. En quoi les supports sociaux mobilisés participent-ils de cette apparente « suspension » de la sortie ? Que font les individus de leur nouvelle identité sociale ? Plus largement, comment peut-on concevoir, à ce stade de l'évolution individuelle, la sortie de la toxicomanie ? Quelles sont les perspectives qui s'ouvrent ?

I) Contrôle social et stigmatisation

I.1) Traitement, famille : aide à la sortie et assignation de rôle

« Contrôler le toxicomane »

On pourrait s'attendre à ce que la diversité des contextes de soin influence de manière significative l'expérience du traitement. Nous avons montré que ce n'est pas le cas quant à la signification que les individus reportent sur le traitement et quant aux logiques d'actions qu'ils mettent en œuvre dans le cadre de ce traitement. Les individus suivent aussi les mêmes étapes dans leur évolution et ils se stabilisent dans une situation qui n'a pas, à leurs yeux, valeur de sortie de la toxicomanie. Ils sont « substitués » c'est-à-dire ni abstinents, ni usagers, installés dans un statut de toxicomane qui ne consomme plus. L'ingestion du produit de substitution marque un rapport au corps qui reste commandé par le besoin d'une substance. L'individu s'est « arraché » de la dépendance aux drogues, il y a là une transformation fondamentale dans le processus de sortie et l'individu s'en trouve profondément soulagé. Mais il a toujours besoin d'un produit. Il n'est plus enrôlé dans la quête de drogues mais il doit prendre quotidiennement de la méthadone ou du subutex. Le produit de substitution ne donne pas de plaisir, ce n'est pas une drogue. La toxicomanie ou « l'expérience » n'existent plus mais la dynamique addictive demeure et l'individu continue d'être défini par la dépendance. Il reste en traitement.

Paradoxale, sa situation est en partie liée à une logique de contrôle à l'œuvre dans le traitement quelle que soit l'idéologie qui la sous-tend. Chacune à leur manière, les conceptualisations soignantes de la toxicomanie en viennent à considérer avant tout le problème du comportement de l'usager de drogues. Pour le modèle médical de traitement, cette conduite condense à elle seule la problématique toxicomaniaque. L'individu est pris dans la compulsion du fait d'un dysfonctionnement neurobiologique. Le produit de substitution enraye ce dysfonctionnement, le malade est guéri. Pour le modèle psychologique de traitement, la consommation de drogues n'est pas pathologique en elle même mais elle signale une psychopathologie. Par sa conduite, le toxicomane se met en danger. Il a besoin d'être « cadré » et il est nécessaire de « juguler » ce qui est un comportement symptomatique afin d'amorcer le travail de sortie par guérison de la psychopathologie. Le modèle social de traitement ne vise pas la guérison de la toxicomanie. Mais la prégnance des virus du sida et des hépatites, les multiples complications somatiques liées aux injections de produits frelatés en font une

conduite à risques. Cette conduite doit faire l'objet des interventions publiques avant toutes autres considérations. Il faut donner aux toxicomanes les moyens de contrôler les risques inhérents à leur pratique. La mise à disposition de seringues, l'accès aux produits de substitution relève de l'urgence sanitaire.

La logique qui commande le traitement est donc centrée sur le contrôle de la consommation de drogues, c'est-à-dire sur le rôle de toxicomane. La délivrance d'un produit de substitution, l'organisation d'un suivi médical, psychologique et social visent la cessation d'un comportement qui a mené l'individu à une dépendance lourde de conséquences précisément somatiques, psychologiques et sociales. La démarche va donc de soi et le traitement est efficace à cet effet. L'individu conçoit le contrôle mis en œuvre par les soignants comme une nécessité et il souhaite qu'il soit maintenu même quand il n'est plus dépendant des drogues. De son point de vue, la « rechute » constitue toujours une menace. Il doute, voire, doutera toujours de disposer de suffisamment de force ou de volonté pour ne plus céder à la tentation. L'individu se sent fragile, il ne veut pas oublier ni « qu'on » oublie que les drogues ont pour lui une force d'attraction. Il lui faut toujours se dire qu'il est « sur le fil du rasoir », qu'il « est toxicomane », c'est-à-dire, promis à la « rechute » s'il consomme à nouveau. Penser à reprendre de la drogue c'est céder à l'illusion ou accepter de se leurrer quant à la capacité de « gérer ». Il ne faut pas « *se voiler la face* », « *tenter le diable* ». Afin de maintenir le « danger » en éveil, les individus associent au traitement des techniques personnelles de protection. Une certaine rationalisation de la trajectoire en fait partie. Les individus insistent sur les dérives qu'elle a occasionnées et surtout sur leur impuissance à en contrôler le cours. Pour l'individu, considérer sa faiblesse à l'égard des drogues doit aller au-delà de la « compréhension ». Il s'agit de « faire soi ce discours » : « *c'est plus qu'en avoir conscience, c'est être habité par ça* (William). »

De part et d'autre, maintenir un souci quant à l'éventualité d'une reprise de la consommation, parer à ce risque par une surveillance et un encadrement de l'individu coulent de source. Malgré tout, la centration sur cette dimension de la sortie fait paradoxalement partie des obstacles à la poursuite du processus. Elle accroît la dépendance de l'individu à l'égard des soignants. Il est aidé afin d'accéder à plus d'autonomie, mais, conçu comme toujours susceptible de « rechuter », l'individu doit continuer à être pris en charge. De l'aide nécessaire et attendue apportée à l'individu, on glisse vers un besoin d'aide dont le terme ne peut être fixé. Concrètement, l'individu est

effectivement en manque de ce que le traitement lui apporte. Mais le concevoir essentiellement sous cet angle revient à l'enfermer dans ses faiblesses. La poursuite du processus de sortie est envisagée en termes de sevrage du produit de substitution. Pourtant, ni l'individu, ni les soignants n'agissent véritablement dans ce sens. Le sevrage est évoqué par les deux parties mais il est à ce point repoussé dans le temps que personne ne peut en certifier. Pour l'individu, la seule garantie est que la prescription sera maintenue et que les soignants « seront là » tant qu'il en éprouvera le besoin. L'individu craint de ne savoir vivre « *sans rien* », le traitement le protège et la relation avec les soignants le réconforte : « on » ne va pas le « lâcher ». Mais c'est aussi ce qui ôte au traitement toute signification puisque ne savoir vivre « *sans rien* » c'est être encore toxicomane. Le report du sevrage sur le long terme est à la fois rassurant et synonyme d'assujettissement. « *On* » trouve ça « *dégueulasse* » et « *on* » a l'impression de n'être pas encore assez solide pour « *marcher tout seul* ».

Une identité prescrite

Le contrôle aide l'individu à ne plus prendre de drogues puis à conforter cette abstinence. Mais l'individu reste celui qui « a un problème » avec les drogues et qui ne dispose pas de suffisamment d'autonomie pour s'en détacher. Il y a là une forme d'assignation qui entraîne avec elle la prescription d'une identité sociale, celle d'ex-toxicomane. L'individu dispose d'un nouveau statut, celui de patient mais il est plus sûrement un « toxicomane en traitement ». Dans le rapport à soi comme aux soignants, l'individu existe à travers un produit. Le fait qu'il envisage la sortie en termes de sevrage du produit de substitution en donnant l'impression que « tout » se joue là-dedans signale combien lui-même s'enferme dans cette identité. Sortir c'est essentiellement « ne plus rien prendre » ou alors avoir la possibilité de changer de produit, disposer d'un substitut qui n'anesthésie pas le corps, qui redonne « la pêche » comme les drogues ont pu stimuler. Alors, l'individu aurait l'énergie pour « passer à autre chose », ne plus dépendre des soignants. Le statut de substitué donne une nouvelle identité sociale mais elle n'est pas détachée de l'identité de toxicomane.

Socialement, être en traitement de substitution signale une toxicomanie jusque là pas forcément apparente. Certains individus estiment d'ailleurs que c'est l'entrée en traitement qui leur a fait endosser cette identité. Même s'ils ramènent cette « révélation » à un « déni » dans lequel ils s'enfermaient jusque là, ils évoquent une

prise de conscience écrasante. D'une manière ou d'une autre, le statut acquis par le traitement accroît paradoxalement la prégnance de l'identité sociale de toxicomane. Les règles posées à la délivrance de produits de substitution, en particulier de la méthadone, en font un statut d'exception. On pourrait en effet interroger la réglementation des traitements de substitution fixée par les circulaires ministérielles[1]. Elle impose des contraintes dérogeant en plusieurs points aux principes généraux de la médecine libérale et dénotant par rapport à ce qui existe dans d'autres secteurs de la médecine[2]. De ce point de vue, le traitement ne serait pas un traitement comme les autres ni l'individu un patient comme les autres. C'est en tout cas ce que signalent les individus quand ils s'insurgent contre le maintien d'analyses d'urine alors que celles-ci sont « clean » depuis plusieurs mois, contre le « devoir » de prendre le subutex sous le regard du pharmacien, contre des entretiens trop nombreux à leur goût ou contre la fréquence imposée des passages au centre ou chez le médecin. Par contraste, certaines personnes conçoivent tout cela comme un bienfait mais c'est parce que ce cadre leur paraît nécessaire au suivi « d'un toxicomane ». Elles continuent de se définir essentiellement en ces termes.

Par ailleurs, les conceptualisations sur la base desquelles les soignants organisent le traitement concourent à l'invisibilité du sujet singulier. L'individu est abordé sur la base d'un modèle préconçu du toxicomane. Il est aidé, soutenu, écouté tout au long du traitement, mais il prend place dans un cadre de représentations *a priori* de l'individu toxicomane. Il y a là une forme d'objectivation de la personne dans la relation d'aide. Le traitement aide l'individu à sortir d'une vie cristallisée autour de la recherche et de la consommation de drogues puis à investir un nouveau mode de vie. Il participe donc et de manière décisive au processus de sortie. Sortir, c'est quitter un « monde » et ses « cohabitants ». Néanmoins, pour l'individu la toxicomanie a été également synonyme

[1]Le récent rapport sur « l'accès à la méthadone » interroge notamment des règles trop contraignantes pour le patient comme pour le pharmacien, et souligne la nécessité de recherches cliniques afin d'alléger le traitement. Voir : Augé-Caumon, MJ., Bloch-Lainé, JF., Lowenstein, W., Morel, A., *L'accès à la méthadone en France. Bilan et recommandations : rapport au Ministre délégué à la santé*, Paris, La documentation française, 2002.

[2]Voir l'analyse comparée des circulaires du 7 Mars 1994 et du 31 Mars 1995 réalisée par France Lert in « Méthadone, Subutex. Substitution ou traitement de la dépendance à l'héroïne ? Questions de santé publique », *Drogues et médicaments psychotropes, le trouble des frontières*, Ehrenberg, A., (Dir) Paris, Editions Esprit, 1998. L'auteur s'interroge sur les fondements des « mesures d'exception » édictées dans les circulaires. Fondements qui dérogent aux principes généraux de libre choix des praticiens, libre choix des officines, secret médical, libre prescription par le médecin... ainsi qu'à ce qui existe dans d'autres secteurs de la médecine. Pour une présentation de la réglementation des traitements de substitution voir les annexes.

d'une identification profonde au rôle de toxicomane. Dès lors, la sortie implique un changement d'identité. Le statut de substitué n'autorise pas ou peu d'évolution identitaire. L'autonomie subjective en est lourdement affectée.

Cette dynamique paradoxale entre soutien et assignation de rôle se retrouve dans les relations aux proches. Ici, la logique de contrôle de l'individu n'est pas consubstantielle à la relation thérapeutique d'aide pour une cessation de la consommation. Mais, comme les soignants, les proches craignent la « rechute ». Ils se soucient de l'individu ce qui est un gage de sollicitude. Mais il est fréquent que le regard glisse du souci vers l'inquiétude, ce qui témoigne – tout en l'entretenant – d'une inaptitude à l'autonomie. Rarement banni du fait de ses agissements passés, soutenu dans sa démarche de traitement quand celle-ci est connue, l'individu conserve pourtant une identité de toxicomane pour autrui. Il est celui qui ne peut pas se permettre « l'excès », celui qui garde un penchant pour les produits qu'il ne saurait contenir seul. Cela avive des sentiments de fragilité et d'aliénation. L'individu manque de confiance en soi, il doit trouver la confirmation de son potentiel de développement dans le regard d'autrui. Et, en particulier, dans le regard de celui ou celle qui lui témoigne de l'affection. Or, ces regards continuent généralement d'osciller entre défiance et affection, confiance et incrédulité. C'est une des raisons pour laquelle le processus de sortie de la toxicomanie tient dans un « entre-deux ». La primauté accordée au contrôle de la conduite entretient la toxicomanie comme identité sociale dominante, c'est-à-dire aussi un stigmate subsistant dans le rapport à soi comme à l'autre. Les soignants ne méprisent pas leurs patients, pas plus que les proches ne dédaignent leur fils, leur fille, leur compagne ou compagnon. Mais le traitement ne permet pas de bâtir une image positive de soi. L'individu est gratifié pour toutes les transformations opérées, pour sa bonne volonté ou les efforts qu'il a fourni pour changer. Mais ces changements ne peuvent pas être mis au service d'une valorisation de soi. L'individu subi le fait d'être encore dépendant et de ne pas encore activer sa volonté pour tendre vers plus d'autonomie. D'une manière ou d'une autre, c'est cette identité de dépendant, d'ex-toxicomane, qui lui est renvoyée. L'individu n'est pas séparé de son statut. Lui-même peine à déterminer le cadre d'un rapport à soi détaché de son ancienne identité. Le « *once an addict, always an addict* » des représentations communes usurpe l'image de soi comme le regard d'autrui.

L'individu est toujours lié à l'indignité, son identité sociale est toujours marquée par la toxicomanie. Alors même qu'il a physiquement « coupé » d'avec le milieu des usagers et revendeurs de drogues, il lui est difficile de s'en séparer « mentalement » et le regard d'autrui continue de l'inscrire dans son ancien groupe. Si l'on suit le raisonnement de Berger et Luckman, cette coupure « physique » ou au moins « mentale » d'avec le « monde que l'individu a laissé derrière lui » est pourtant nécessaire à l'élaboration d'une nouvelle identité (Berger, P., Luckman, T., 1986, p. 216). Toujours toxicomane dans le regard d'autrui, l'individu se sent concerné par les représentations sociales discriminantes de cet « étranger » diffusées dans la société et plus ou moins saillantes dans son environnement proche. Et l'opprobre collective accentue l'invisibilité du sujet singulier.

I.2) Une population stigmatisée

Bien que les perceptions communes évoluent dans le sens d'une moins grande intolérance à l'égard des usagers de drogues, ceux-ci – et particulièrement les usagers de drogues dites dures comme ceux que nous avons rencontrés – continuent d'attirer l'effroi méprisant de l'opinion[3]. Plus précisément, le commun tremble encore sous l'effet d'une « grande peur[4] » de « La drogue » tout en dédaignant les individus qui consomment des drogues[5]. La réunion de ces deux mouvements généraux campe un contexte pour le moins défavorable à l'épanouissement des individus. Les toxicomanes suscitent peu d'égards et encore moins d'intérêt. Par contraste, les individus se disent affectés par les « *discours de la société* » sur la toxicomanie et ils ne manquent pas de les signaler même pour conclure sur un : « *je m'en fous de ce que les gens pensent* ». Anonyme, l'hostilité ambiante les accompagne et se transforme en souci latent. Les messages de prévention et d'informations sur les drogues diffusés dans les médias sont vécus comme des provocations personnelles. Logé à l'intérieur de la vulnérabilité

[3] Pour des données sur les représentations des français à l'égard des politiques des drogues, des usages et usagers, voir Beck, F., Perreti-Watel, P., EROPP 99, *enquête sur les représentations, opinions et perceptions relatives aux psychotropes,* OFDT, Etude n°20, Avril 2000.

[4] Pour un développement sur l'installation de cette perception et plus largement des constructions sociales de la toxicomanie dans l'imaginaire collectif voir Bachman, C et Coppel, A, *La drogue dans le monde*, Paris, Le Seuil, 1991.

[5] Une expression de cette indifférence relative se donne à voir dans les budgets alloués pour la lutte contre les drogues et les toxicomanies. En témoigne aussi le pourcentage de personnel médical et d'intervenants sociaux dans l'assistance aux toxicomanes comparativement à d'autres secteurs voisins et relativement au pourcentage de la population concernée. Voir Kopp, P., Fenoglio, P., *Le coût social des drogues licites (alcool, tabac) et illicites en France*, OFDT, Etude N°22, 2000.

individuelle, le sentiment de rejet peut s'éveiller même en l'absence d'agression directe. Il se nourrit d'expériences révolues transformées en crainte du regard d'autrui ou d'une honte secrétée par l'individu lui-même.

Interrogés sur l'accueil que leur réserve la société, les individus égrènent les signes d'une antipathie collective qu'ils reprennent à leur compte. Une émission de télévision, une affiche placardée dans la rue, un regard croisé viennent alimenter le sentiment personnel de leur stigmatisation. Tout ce qui se dit à propos des drogues a des connotations négatives. Il y a « une mauvaise image du drogué » que les individus endossent et qu'ils ont du mal à porter. Omniprésentes, les marques de rejet se déplacent des messages médiatisés jusque dans le cercle des relations quotidiennes. Collègues, voisins, mais aussi parfois médecins ou pharmaciens donnent leur visage au manque de considération que ressent l'individu. Il estime le rejet inadmissible quand il émane de personnel médical et « dingue » quand il se lit dans le regard d'un parfait inconnu. Il y a des manières d'être, des façons de parler qui font que « ça se ressent », « ça se voit vite ». Réelle ou pressentie, l'hostilité ambiante entretient le sentiment d'une différence qui se prolonge au-delà de la période de consommation effective. La discrimination n'est pas qu'affaire de distinction, elle gomme toute visibilité de la personne. « Les gens » ne voient que « ça » ou risquent de ne voir que « ça ». Un passé de toxicomane est mal perçu, le fait d'être en traitement peut être tout aussi mal perçu L'individu a le sentiment d'avoir *« un boulet »* et il « *se le traîne* ». Il estime que si les autres l'acceptaient, il le vivrait *«* un peu mieux *»*. La stigmatisation est d'autant plus difficile à supporter qu'elle affecte aussi bien la toxicomanie passée que la situation présente. Héroïne ou produit de substitution seraient taxés de la même opprobre aux dires des individus qui sont nombreux à opter pour une stratégie d'évitement. Dès lors, exister en tant que personne revient à se cacher et parler de soi suppose de taire le passé comme une partie de son présent. Une partie de soi est rendue invisible. Des précautions pratiques s'imposent quotidiennement. Une discussion, une visite chez le médecin, un aller et retour à la pharmacie, autant de gestes banals peuvent devenir sujets à caution. D'autant que les rendez-vous médicaux sont réguliers voire fréquents. Après plusieurs mois ou années de traitement, certains se rendent toujours une fois par semaine chez le pharmacien et une fois par mois au moins chez le médecin. Cette fréquence correspond au cadre habituel du traitement. Elle s'élève pour les individus qui souffrent de pathologies associées. Ces impératifs quotidiens exercent un effet de rappel du stigmate.

L'individu ne prend plus de drogue mais c'est comme s'il en prenait et c'est « invivable ». Il a le sentiment de « vivre caché ». Charlotte a souvent « *vraiment envie d'en parler* ». Mais elle ne peut pas, parce qu'elle a peur : « *peur de la réception qu'il va y avoir en face parce que les gens ont des préjugés et ne veulent pas faire l'effort de se remettre en question. »* « Les gens », c'est aussi son père comme l'ensemble de ses proches. Même toujours présents tout au long de son parcours, son entourage ne lui paraît pas suffisamment proche ou bien disposé pour qu'elle parle de sa toxicomanie comme de son traitement.

En plus de compliquer leur vie quotidienne, ce mutisme accroît le poids d'une expérience que les individus portent comme une ombre. La crainte d'être tenu à distance vient se loger dans la conscience individuelle. L'individu en infère le sentiment de n'être pas digne de respect, ce qui modèle la vision qu'il a de lui-même. Issu de proches ou de parfaits inconnus, le stigmate entretient la mésestime de soi. Il confine aussi au sentiment que la toxicomanie « colle à la peau ». Du coup, même en l'absence de discrimination ouverte, les individus renoncent parfois à nouer de nouvelles relations. Le désir de rencontre ne manque pas, mais toute ouverture à l'autre est synonyme d'une exposition au rejet. L'individu doute que « ça passe bien ». Il vaudrait mieux éluder le passé, « couper » les années de toxicomanie. Pourtant, difficile de faire abstraction de ce qui constitue une partie de sa vie, d'autant que les individus souhaitent avoir des relations « *franches* » avec les autres.

L'effort de dissimulation du passé peut être assimilé à une forme d'amputation. Le voile posé sur les années de toxicomanie, parce qu'il revient à nier une partie de son existence, altère nécessairement l'équilibre psychique de l'individu. Il ne peut ni se « rassembler », ni vivre en harmonie avec son passé. Le stigmate réfléchi par l'autre est intériorisé, il complique l'établissement d'un rapport stable de l'individu à lui-même. L'individu est arrêté dans sa dynamique de changement par un passé qui ne passe pas. Pour autant, quel que soit le choix réalisé vis à vis de l'extérieur, silence ou transparence, l'individu ne se laisse pas totalement écraser par le stigmate. Il engage un travail de ré-interprétation de sa trajectoire qui est « gestion d'une identité souillée[6] » et résistance à une identité attribuée qui le désavoue.

[6] Goffman, E., *Stigmates. Les usages sociaux des handicaps,* Paris, Editions de Minuit, « Le sens commun », 1975.

II) Résistance au stigmate et affirmation de soi

Face à l'opprobre collective, l'individu s'engage dans une activité de contre-stigmatisation. Il s'oppose aux stéréotypes du toxicomane prêt à tout pour obtenir son produit, étranger à toute forme de moralité et qui ne connaîtrait des drogues que la déchéance à laquelle les représentations sociales les associent. Empiriquement, nous pouvons isoler trois attitudes. L'une consiste à dénier le stigmate attribué, l'autre à le braver, la dernière, à le contourner en adoptant une posture de victime. Les individus cherchent à se distinguer des toxicomanes. Ils signalent que leurs conduites comme leur identité n'entrent pas dans ce qui n'est qu'une catégorie générale. Parallèlement, certains se livrent à une héroïsation. Ils affirment que l'usage de drogues est une conduite comme une autre et vont parfois jusqu'à magnifier leur consommation. Enfin, les individus peuvent s'installer dans un statut de victime. Pour cela, certains procèdent à une « accusation des accusateurs » (Sykes, G., Matza, D., 1957), d'autres en appellent à la compassion d'autrui.

II.1) De la « démarcation » à « l'héroïsation »

« Je ne suis pas un tox »

Les arguments visant à parer l'expérience du stigmate sont légion. Quelles que soient les dérives induites par leur consommation de drogues, tous les individus présentent leur trajectoire sous un jour de relative respectabilité. Ils distinguent leurs comportements de ceux des « *tox* » en insistant sur les limites qu'ils n'ont pas franchies. Ils signalent aussi que leur identité n'est pas psychopathologique. Ils n'étaient « malades » ou « inconscients » ni « au départ », ni à présent. Frédéric précise qu'il s'est *« toujours permis de ne pas faire certaines choses comme : aller chez des amis qu'on connaît très bien et tout taxer, tout revendre* », argument lui permettant d'avancer aussitôt : « *j'ai toujours gardé une certaine moralité, c'est tout. »* Charlotte distingue des manières « *d'être toxicomane* » qui tiennent notamment à un « *tempérament* » différent « *au départ* ». Pour elle, « *tout dépend de l'amour propre* ». Même quand elle était « *vraiment dedans* », elle n'a jamais « *ressemblé à ces gens là* », ceux qui deviennent « *égoïstes* » au point de « *perdre leur côté humain* ». Aujourd'hui, elle se définit comme « *une toxicomane* » mais elle se place « *au milieu* », entre « *les tox* » et les personnes qui n'ont jamais consommé. D'ailleurs, elle pense se « *rapprocher plutôt des gens qui n'en ont jamais pris* ». L'héroïne ne l'a pas « *changée* ». L'héroïne

« *amplifie énormément les traits de caractère* ». Ceux qui deviennent des « *tox* », soit des « *prêts à tout* » soucieux de leur seul confort personnel, étaient « *comme ça au départ* ». Ils étaient « *voués à avoir ce genre de comportement* ».

Une démarcation est établie entre « soi » et « les autres » quant aux conduites adoptées pendant la toxicomanie mais aussi au regard de la démarche de sortie. Déjà, aux dires de Damien, « *un vrai toxicomane, il n'arrête pas. Il n'arrête jamais* ». De ce point de vue, Damien estime qu'il n'est pas « *un modèle représentatif* », il n'est pas *« un vrai toxicomane* ». Du même avis, Fabrice précise qu'au contraire « *des autres* », il a toujours gardé « *des buts, des envies* » qui l'ont mené vers la sortie. « *Les autres* » n'avaient pas « *tout ça* », ils étaient « *paumés* ». L'attitude et le comportement en traitement sont également mobilisés par l'individu afin de s'extirper d'une masse unanimement dédaignée. Ici, le propos sépare les vraies démarches, l'authentique volonté de sortie de l'attitude malhonnête ou méprisable de ces « toxicos » qui veulent des produits de substitution mais qui n'ont pas décidé d'arrêter. William sait très bien les « *repérer* » ceux qui continuent à « *s'envoyer* » de l'héroïne ou de la « *coco* ». Sans doute les mêmes, ceux qu'évoque Victor avec amertume : « *le Docteur L, pour le remercier, ils lui ont piqué tout son matériel ! »* Loin d'être un écart passager, ce larcin est pour Victor significatif d'une « *mentalité* » irréductible chez un certain « type » de toxicomane.

D'une manière ou d'une autre, les individus reprennent l'attitude que le commun déploie à l'égard des toxicomanes. Prétendre que certaines manières « d'être toxicomane » révèlent des traits de personnalité anormaux ou pathologiques signale leur adhésion aux constructions sociales de la toxicomanie, qu'ils transfèrent sur les autres usagers de drogues. Et la condamnation de certaines conduites relève d'une intériorisation des normes et valeurs de la morale courante. Ce faisant, les individus tendent à s'insérer dans la communauté des « gens normaux ». La démarcation est affaire de niveau, non de barrière. Les individus ont été usagers de drogues et ils établissent une hiérarchisation entre leurs conduites et celles des autres, les unes étant moins condamnables que les autres. Ils refusent d'être fondus dans un prétendu « groupe » qui n'a sans doute pas de réalité. Mais la hiérarchisation qu'ils opèrent marque aussi leur identification sociale et psychologique à ce « groupe ». Les propos individuels traduisent l'ambivalence qui préside au rapport de l'individu à l'égard de sa propre personne. Il ne peut ni s'inclure dans le « groupe » des toxicomanes ni s'en

séparer. Et c'est cette ambivalence qui est caractéristique de la manière dont il se « sent », dont il se « signifie ».

Dans le même temps, il faut voir dans ces discours de démarcation une activité permanente par laquelle l'individu prend de la distance par rapport à son identité sociale et tend vers une nouvelle réalité subjective. L'individu ne peut pas oublier son passé. Il procède à une réinterprétation de la signification de ses comportements et engagements passés. Ce faisant, il bâtit un nouveau cadre dans lequel situer son identité. L'ensemble des propos par lesquels l'individu cherche à se distinguer des toxicomanes signale donc à la fois l'ambivalence du rapport à soi, la permanence de l'identification au statut de toxicomane et le travail d'arrachement que mène l'individu pour couper d'avec son « ancien monde ». Pour ceux qui ont poussé l'identification jusqu'à évoluer dans un « *milieu* » de « *gens comme moi* », c'est-à-dire « *détestables* » parce qu'uniquement mus par le besoin de drogues et d'argent, la démarcation manifeste une résistance contre l'indignité qui menace de ruiner le sujet. Elle signale aussi le maintien d'une activité d'auto-transformation. Même dominé par son statut, l'individu travaille à construire une identité qui s'en détache. Dans la démarcation, il conteste ce qu'il perçoit comme une altérité, et il refuse ce qui est pour lui une identité attribuée par autrui. En traitement de substitution l'individu est rattaché à deux catégories ayant valeur d'identité : celle de toxicomane et celle de dépendant. Or, si l'on suit Stanton Pell, on peut penser que ces catégories renvoient essentiellement à des croyances dangereuses. Elles assimilent des conduites, un mode de vie ou une situation – être en traitement – à une identité irréversible. Pourtant, l'auteur considère qu'il n'y a pas d'irréversibilité en la matière et que l'individu doit mobiliser toutes ses ressources pour refuser le stigmate du toxicomane et l'identité de dépendant[7]. Dès lors, on peut associer la contestation de l'individu à la présence d'un sujet. « Etre toxicomane » c'est « marcher à côté de soi-même ». En conséquence, dire « je ne suis pas toxicomane », « je ne suis pas un toxicomane comme les autres » ou « je ne suis pas que cela » travaille à la réappropriation de soi. L'individu lutte contre l'enferment dans l'impuissance. L'entreprise est d'autant plus délicate que le renforcement d'un rapport à soi passe aussi par l'acceptation du parcours passé. L'établissement de frontières ménageant un espace de dignité présente donc des limites. Et la fragilité de ces dernières est parfois accrue par la visibilité du stigmate. Ici, c'est la protection de soi qui l'emporte. Du moins,

[7] Pell, S., Brodsky, A., *The Truth about Addiction and Recovery,* Simon and Schuster, New York, 1991.

l'individu ne peut pas fermement objecter que la toxicomanie n'est pas ou peu caractéristique de son identité. Mais il se défend contre le mépris supposé dominant dans le regard d'autrui en adoptant une posture héroïque.

« Il n'y a pas de honte »

La consommation de drogues laisse des marques. Il arrive que le corps porte les traces des années de toxicomanie : veines sclérosées à force d'être trouées, dentition noircie, fatigue manifeste d'un corps abîmé. Ces stigmates laissent rarement insensible. L'interlocuteur peut réagir avec « tact » mais l'individu reste exposé au jugement de valeur qu'il s'habille d'effroi ou de commisération. Dès lors, certains optent pour une posture héroïque et s'appuient sur un « soi de façade » (Todorov, Z., 1995). Il s'agit de faire bonne figure et surtout d'ôter à l'autre le pouvoir de « faire honte » ouvertement ou à coup de condescendance. Ici, l'individu prend les devants, il affiche ses stigmates sans plus tarder. Par là, il renonce à être reconnu comme une personne « normale ». Se cacher derrière « la carapace de l'indifférence » (Todorov, Z., 1995) lui permet de ménager une relative estime de soi. Tout autant que « la démarcation », la stratégie permet de ne pas sombrer en disgrâce.

Loïc préfère « *affirmer d'emblée* » qu'il est alcoolique parce qu'il y a un moment « *où on ne peut plus avoir honte de soi. On a honte mais tout seul, pas devant les autres.* » Antoine a cessé de *« faire semblant d'être quelqu'un de complètement normal ».* Malgré de nombreux sevrages, il continue de boire. Seul, il conçoit ces sevrages comme une série d'échecs mais devant les autres il tient à rester digne : « *je ne dis pas que je suis au bout du rouleau, je ne le montre pas. Je dis : « je suis alcoolique et je me démerde avec ça ». »*

La démarche est défensive, l'individu vise une protection du « self ». Mais il agît de manière offensive à l'égard d'autrui en déployant face à lui un discours qui lui ôte tout droit de jugement. L'individu s'institue en seule personne détentrice de ce droit. Il ne se sent pas fier mais il compense dans l'arrogance. Avec une « fausse fierté » sans doute, mais qui est à la mesure de la menace. Le regard d'autrui peut le faire chavirer. L'individu vit ce regard comme une pression dure à supporter. Mais il refuse « qu'on » lui fasse avoir honte. Fabrice maintient ainsi le discours qu'il a toujours eu sur les drogues et notamment que ceux qui n'en ont jamais pris n'ont rien à dire. Il ne les autorise pas à le juger. Plus solidement que Fabrice, Baptiste arase d'emblée toute

velléité de jugement en imposant une fierté brute. Il ne desserre pas les dents et s'exprime à coups d'assertions sèches et tranchantes. Il dit se débrouiller seul, n'avoir besoin de personne et il ne quitte pas son attitude réfractaire travaillée jusque dans la posture qu'il prend sur sa chaise : un bloc jouant d'âpreté afin d'installer son interlocuteur dans une crainte respectueuse ; manière inversée de positiver son expérience et, partant, de protéger l'espace de sa dignité. Baptiste a appris à utiliser les épisodes dramatiques de son histoire afin de conserver la maîtrise de l'échange. Avec parcimonie, il lâche un : « *je suis tombé pour meurtre (…) quand je tape du poing sur la table, je tape très fort*. » Le maniement de cet « héroïsme de la terreur » ne change certes rien à ses difficultés personnelles et sociales mais il lui permet de conserver une dignité lourdement entamée.

Prolongement de cette stratégie de protection de soi, l'exaltation plus ou moins ferme de la consommation de drogues. Certains n'hésitent pas à en faire l'éloge. Leurs propos prennent alors des accents de bravade. Les uns affirment avec transport que la consommation de drogues n'est pas synonyme d'une déchéance sociale et personnelle. La prise de produits ne serait pas en contradiction avec la menée d'une vie sociale tout à fait respectable. Les autres retournent le stigmate à l'encontre de leurs instigateurs. Ceux-là mêmes qui méprisent l'individu ne méritent pas le respect. Surtout que « *ces gens là* » seraient les véritables instigateurs d'une criminalisation indue, responsable de la dérive personnelle. De plus, les « accusateurs » ne peuvent pas être pris au sérieux, ce sont des gens pleutres ou jaloux. « Des gens » qui savent que « la came c'est bon » mais qui n'ont pas osé « se frotter au plaisir » par peur du danger. Dans cette posture, l'individu affiche une certaine fierté, celle de n'avoir pas reculé devant le danger ce qui signifie aussi pour lui qu'il n'a rien cédé de sa liberté. La relation à l'autre est établie sur le mode d'un rapport de force que l'individu renverse à son avantage. Le mépris change de camp. Ce sont les vies sans drogues qui doivent faire pitié et c'est de n'avoir pas pris de risque dont on devrait avoir honte. L'individu souligne « le plaisir », « la fête » voire une forme de réalisation personnelle avec les drogues. Et cette dimension de son parcours l'emporte sur toutes les dérives qui l'ont affecté.

Fragilité personnelle et affirmation de soi

Les individus n'adhèrent jamais totalement aux versions glorieuses qu'ils livrent parfois de leur trajectoire dans la toxicomanie. En témoignent les multiples revirements

du discours entre exaltation du potentiel d'émancipation des drogues et condamnation d'un fourvoiement regretté. Pour combatives qu'elles soient, les postures héroïques n'épuisent pas la honte consécutive au stigmate. Les individus ne cessent donc d'osciller entre redressements gonflés de fierté et affaissements misérables. Et cette oscillation est à l'image des interactions à l'œuvre à l'intérieur de soi. Si l'on suit Todorov, on peut penser que leur attitude première est régie par leur « soi réfléchi », facette de la personne constituée « en prévision et par anticipation des réactions d'autrui aux actions du « je ». Les redressements de fierté marquent l'anticipation que l'individu fait quant aux suppositions d'autrui à l'égard de soi. L'individu présume un regard dépréciatif, il se défend d'abord dans un mouvement d'orgueil. L'affaissement misérable relève ici d'une nouvelle facette du « soi réfléchi », cette fois dans son versant rétrospectif. L'individu se conduit en accord avec ce qu'il suppose être l'image qu'autrui a déjà ou, de toute façon, de lui. Nécessairement méprisé pense-t-il, l'individu se laisse aller à son propre sentiment de faiblesse à l'égard de lui-même.

Néanmoins, la défense de la consommation de drogues doit être prise au sérieux. L'individu rappelle qu'il a une expérience et sa valorisation apparaît ici comme une réponse vitale à l'hostilité extérieure et aux tourments personnels qui l'accompagnent. Les représentations sociales dominantes n'envisagent la toxicomanie que sous l'angle de la pathologie ou en des termes négatifs. Elles dénient tout espace qui s'écarterait de la faute ou de l'égarement. Les individus courent le risque de sombrer définitivement s'ils tiennent leurs années de toxicomanie pour une partie de leur vie indigne, « à jeter à la poubelle ». Ils clament donc leur choix d'une expérience enrichissante voire même qui leur confère une supériorité par rapport aux envieux timorés qui n'ont jamais osé goûter. Mâtinée d'orgueil, cette posture constitue un « palliatif » partie prenante d'une stratégie de défense identitaire. Elle exprime aussi une forme de renoncement à la reconnaissance attendue de la société. Mais ce renoncement est protection de soi. De plus, l'héroïsation habille la nécessaire présentation de soi et participe malgré tout de l'acceptation de soi.

Plus profondément, la « démarcation » et « l'héroïsation » manifestent une distance au rôle, c'est-à-dire, la présence d'une identité réflexive. L'individu utilise le même matériau que les autres ont déjà utilisé pour lui bâtir une identification sociale et personnelle mais il le retourne et travaille à s'en affranchir. Les représentations communes posent que les toxicomanes sont affectés de personnalités pathologiques,

l'individu met en avant une singularité détachée de toute anormalité. L'opinion n'envisage la toxicomanie que sous l'angle de la déchéance, certains rétorquent que « le jeu en vaut la chandelle ». Par ailleurs, l'individu ne se tient jamais strictement campé dans l'une ou l'autre de ces positions. Le ton n'est que rarement vindicatif et la résistance au stigmate se fait plus subtile. Dans le « je ne suis pas un toxicomane », l'individu refuse non pas la réalité de sa dérive et de sa dépendance présente. Il n'est pas dans le « déni ». Mais il récuse les catégories dominantes à partir desquelles autrui définit les toxicomanes. La catégorie « toxicomane » fond ensemble des dimensions de son parcours comme de sa personnalité qu'il cherche à distinguer. Associer consommation de drogues et toxicomanie constitue un raccourci auquel l'individu résiste. La dérive et son lot de souffrances font partie de sa trajectoire mais elles ne l'épuisent pas. L'individu a aussi pris des drogues « avec raison » ou « en connaissance de cause ». Pour « faire la fête », « vivre une expérience », ou parce qu'il y a trouvé « quelque chose ». A un moment donné, il a été incapable de contrôler son appétence, il a pu faire « n'importe quoi » et il en éprouve des remords ou de la honte. Mais il est « devenu » cet étranger à lui-même et aujourd'hui, il ne se reconnaît ni dans ses actes passés, ni dans l'identité qui leur est associée. Certains notifient qu'ils se sont mis « dans les conditions de », qu'ils ont « joué avec le feu ». Ce faisant, ils endossent la responsabilité de leur parcours mais ils refusent d'être réduits au « toxicomane ». L'individu éprouve des difficultés à vivre avec cet « autre » logé à l'intérieur de soi. Mais il le conçoit comme un étranger ce qui ouvre un espace pour la construction d'une nouvelle identité.

Le « vivre avec » constitue une épreuve subjective de taille. « La tension est toujours là », l'individu ne la « tient » pas en permanence. A l'échelle d'un même entretien, il peut résister puis se laisser écraser sous le stigmate. Ici, ses propos prennent l'allure de justifications, il en est comme absent. L'individu « s'explique », il déroule les causes qui l'ont entraîné à la dépendance et, souvent, il « colle » aux constructions sociales de la toxicomanie. Empiriquement, nous repérons deux postulats à partir desquels l'individu rend compte de sa toxicomanie. Le premier pose l'usage de drogues comme un choix personnel et la dérive individuelle comme entièrement induite par la politique des drogues et des toxicomanies. Le deuxième présente la toxicomanie comme l'expression ou la conséquence d'une maladie. Ces deux postulats ont pour point

commun d'épargner la responsabilité individuelle. D'un côté, comme de l'autre, l'individu se présente sous les traits d'une victime.

II.2) Exposés de respectabilité

Victimes du système

Le premier argumentaire emporte souvent la colère des individus qui l'adoptent. Il se déploie à grand renfort de bruit. L'individu clame sa normalité et l'enjeu consiste à démontrer qu'il est doublement brimé par un « *système* » responsable de ses dérives. Le « *système* », représenté par les lois, les agents du gouvernement et jusqu'à la société civile, est accusé d'intolérance à l'égard des usagers de drogues. Il porte atteinte à la liberté de ceux qui ont fait un choix de vie particulier. Concrètement, il criminalise ces mêmes individus. C'est bafouer leur libre arbitre soit leur droit le plus fondamental. Pire, l'illégalité des produits, loin de conduire les usagers à se raviser, favorise le trafic et se répercute sur les prix de vente. Dépendants, les consommateurs sont forcés à la délinquance afin de subvenir à leurs besoins. Laurent comme Pierre ramènent leurs « *problèmes »* à la prohibition de la « came ». Ces problèmes ne sont pas *« inhérents à la came »* explique Sylvain. La preuve : « *les mecs qui ont 95 ans, qui fument de l'opium et qui en ont fumé toute leur vie, ils n'ont aucun problème lié à la came »* ajoute Laurent. Pierre n'a pas été délinquant « *à cause de la came* » mais à cause de la prohibition, donc du système.

Tous les individus s'accordent pour distinguer l'usage de l'abus de drogues. A leurs yeux, l'usage de drogues n'empêche en rien la menée d'une vie personnelle et sociale parfaitement épanouie. Seul l'abus présente des risques importants de marginalisation et de maladie. Ici, la dépendance est ramenée au statut illégal des drogues. L'individu fait un lien de cause à effet entre l'interdiction des drogues et la clochardisation de l'usager. Le raisonnement est le suivant : le cadre législatif place les drogues en situation de rareté. La peur de manquer ne quitte pas les usagers qui auraient donc tendance à consommer plus que la dose nécessaire à la satisfaction de leurs besoins. Cela avive le phénomène de tolérance au produit. Au total, les simples usagers deviennent dépendants.

A peu de choses près, l'argumentaire choisi ici suit cette logique faisant de la loi, et, par voie de conséquence, de tous ceux qui la soutiennent ou la font appliquer, les responsables des difficultés sanitaires et sociales des toxicomanes. Aux yeux de

l'individu, cette situation est inacceptable d'autant plus que la consommation est présentée comme une pratique fondée sur un goût personnel inaliénable. De plus, cette pratique est susceptible d'être dépourvue de risque. En effet, le libre accès du produit permettrait l'organisation d'une consommation modérée. D'allure offensive, voire militant chez certains, le raisonnement prend corps en s'appuyant sur les éléments de débats d'experts contemporains. La mise en question houleuse de la loi du 31 Décembre 1970, les discussions savantes qui accompagnent les nouveaux traitements de la dépendance, viennent servir le propos. Qu'on ne s'y trompe pas. La démarche individuelle n'a ici rien d'un activisme engagé au nom de la cause des toxicomanes. Les individus se soucient peu de coreligionnaires qu'ils sont les premiers à mépriser. S'ils élèvent leur contestation au rang d'un collectif, leur colère n'en est pas moins portée par une expérience très personnelle du stigmate. C'est du moins le cas des personnes que nous avons rencontrées[8]. Lors des réunions de groupe, placés en situation de s'identifier aux autres, les individus n'ont pas renversé l'identité négative de toxicomane en identité positive. Ils ont refusé l'identification aux autres en insistant sur les différences irréductibles de chaque trajectoire. Néanmoins, ils ont unanimement endossé ce statut de victime du système.

A cet égard, le discours de Jacques est particulièrement éclairant. Celui-ci milite activement pour la reconnaissance d'un statut de citoyen aux toxicomanes. Il est rarement à court d'arguments contre « *le système* » responsable à ses yeux de la marginalisation des usagers de drogue et se montre intarissable quant à la stigmatisation éhontée qui en découle. Il refuse également de revêtir le statut de malade mis en avant par d'autres. Il ne veut plus jouer le rôle de « *victime* », de « *taulard* », ni se *« résoudre à être la victime expiatoire du système* ». A ses yeux, la prépondérance actuelle du statut de malade sur le statut de délinquant dévolu aux toxicomanes jusque là ne change rien : « *dans tous les cas c'est quelqu'un qui subit, qui est exclu par le système, soit par la taule soit par la justice soit par les hôpitaux psychiatriques (Jacques). »* La rhétorique

[8] Celles-ci ne se sentent ni concernées ni intéressées par la situation des autres usagers de drogues mais il existe des collectifs d'auto-support activement engagés dans le soutien de l'ensemble des usagers et ex-usagers de drogues et pour la reconnaissance de leur statut et de leurs droits de citoyens. L'audience dont bénéficie ASUD par exemple auprès des instances chargées de la mise en œuvre de la politique des drogues et toxicomanies témoigne de l'importance des activités de ce type de collectif. Pour une analyse de l'auto-support des usagers de drogues, voir Jauffret, M., *L'auto-support des usagers de drogues en France. Groupes d'entraide et groupes d'intérêt*, Paris, Documents du groupement de recherche psychotropes, politique et société, n°6, Juillet-Septembre 2000.

combative de Jacques est inépuisable. Il sait mieux que quiconque assurer la défense des toxicomanes. Mais quand il s'agit d'évoquer son expérience personnelle, les rouages de son discours se grippent. Il en revient toujours à « *l'hypocrisie du système* » et à la nécessaire joute que les toxicomanes doivent engager afin de se libérer.

A l'appui de leur critique du « système », nombreux sont ceux qui prennent pour exemple les politiques adoptées en matière de drogues et de toxicomanies de pays étrangers, Suisse ou Angleterre[9]. Comparativement, la politique française est ramenée à un refus de gérer le problème. « *En France on préfère fermer les yeux. On tape, on tape, on tape, en espérant que ça va se résorber, alors que ça ne se résorbe pas »* nous dit Hassan. Damien souligne pourtant que « *la plupart des toxicos aspirent à une vie tout à fait normale*. » Et ces usagers accèderaient à de telles aspirations si seulement la société daignait leur fournir « *leur dose, quelle qu'elle soit* ». Fabrice fulmine parce que « *ça se fait à Liverpool et ça c'est génial. »*

> *« J'ai vu une enquête, où le mec allait chercher tous les jours ses 5 grammes d'héroïne. Ils ont pris deux cents gros toxicomanes à Liverpool et toutes les semaines le mec allait chercher 5 grammes d'héroïne, de bonne héroïne. Et le mec avait retrouvé sa femme, une vie sociale complètement cohérente, parce qu'il avait sa dose. A partir de là, il n'avait plus du tout envie d'aller voler. Vraiment ça ne l'intéressait plus du tout (Fabrice). »*

En plus de faire obstacle au rejet social, le raisonnement développé ici a valeur de baume rehaussant l'estime de soi. La combativité de l'argumentaire est à la mesure du sentiment que la reconnaissance sociale est illusoire. Dans le même temps, l'individu s'accroche à l'illusion. « *Ailleurs* » les toxicomanes sont considérés. Alors l'individu souhaite penser que cette possibilité existe « *ici* ». Il rencontre rapidement les limites de cette pensée au contact du réel. Mais le maintien de l'illusion permet de se sentir « *normal* » ou digne de respect. La considération des individus n'est pas illusoire « en soi ». Mais en France, elle reste actuellement limitée : les représentations communes discriminantes sont encore vivaces et une politique assurant une pleine reconnaissance

[9] Pour une présentation des différentes politiques adoptées en matière de drogues et toxicomanie dans divers pays européens voir par exemple Boggio, Y., *La politique suisse en matière de drogues illicites. Histoire d'un pragmatisme,* Documents du groupement de recherche Psychotropes, Politique et Société, n°2, Avril-Septembre, 1999. Cesoni, ML., *L'incrimination de l'usage de stupéfiants dans sept législations européennes,* Paris, Documents du groupement de recherche psychotropes, politique et société, Paris, Janvier-Mars, 2000.

des usagers de drogues en tant que citoyens ou « hommes ordinaires » n'est pas encore significativement à l'œuvre. Par contraste, la Suisse par exemple s'est significativement engagée dans cette voie : la politique adoptée y conduit « les villes et leurs habitants à réapprendre à vivre avec les toxicomanes, êtres qui avaient été exclus dans l'invisibilité[10] ».

La répression critiquée pour elle-même l'est aussi pour son caractère arbitraire. Elle s'exercerait principalement sur les simples usagers ou sur les auteurs de menus trafics. Les grands trafiquants, véritables criminels aux yeux des individus, ne seraient jamais inquiétés. La police file les usagers de drogues mais la maffia, ceux qui font des milliards de bénéfices ne sont jamais inquiétés. Une fracture nette sépare ici l'expérience des « petits » de celle des « gros ». Et les individus de se présenter comme des jouets faisant les frais d'un système dont les rouages leur échappe mais qui fonctionne au profit des « gros ». Ces « gros » se retrouvent aussi bien dans le monde de la toxicomanie que dans le monde ordinaire, et, dans le premier, ils sont aussi bien usagers que trafiquants. Pas de risque pour les grandes fortunes. L'argent donnerait les moyens du plaisir sans conséquence physiques, sociales, ou psychologiques. Les « *stars* », les personnalités du monde médiatique et plus généralement tous « *ceux qui ont de l'argent* » n'auraient pas de soucis à se faire et ne connaîtraient des drogues que les voluptés auxquelles elles donnent accès. « Eux » ne font pas d'histoire, ils ont du « fric ». Par contraste, l'individu se dit victime du manque d'argent. Il n'a pas fait « n'importe quoi » à cause d'une faiblesse ou « tare » personnelle, c'est le manque d'argent : « *quand on n'a pas d'argent, il faut aller se le chercher pour avoir de la came* (Damien). »

Parallèlement, les grands trafiquants, les agents du commerce international de drogues, la maffia pourraient oeuvrer sans plus d'inquiétude : *« ils ne tombent jamais. Les gros on ne les voit jamais et pourtant les flics les connaissent très bien »* dit Frédéric. La comparaison avec « *les petits toxicos* » n'en est que plus amère, « *une atteinte à la démocratie* » (Hélène), puisque c'est « *une juridiction d'exception* » qui est appliquée avec les simples usagers, puisque « *ce sont eux que l'on retrouve en prison, les simples usagers, les dealers à la petite semaine et pas ceux qui trafiquent des kilos ! »* (Marine)

[10] Mino, A., « Les maintenances à la méthadone », *L'information psychiatrique*, 3-Mars 1995, p.244.

Au total, système maffieux et système social sont imbriqués dans une vaste nébuleuse. L'un et l'autre s'entendraient et profiteraient l'un de l'autre pour prospérer, l'argent dégagé par le grand trafic venant alimenter les caisses des économies nationales. Ce fonctionnement aurait raison des trajectoires de vie individuelles. Et l'individu incrimine un système qui l'a « brimé », qui a « cassé sa vie ».

Ce type de résistance au stigmate a été dominant dans les réunions de groupe que nous avons menées, là où, en entretien individuel, les individus ont associé plusieurs registres de contre-stigmatisation. De ce point de vue, on pourrait faire l'hypothèse qu'il existe une norme du « milieu » qui consiste à dire « nous sommes des victimes ». Ce discours permet à l'individu de ne pas parler de soi, ce qu'il est sans doute plus difficile de faire en groupe qu'en entretien individuel.

Demande de reconnaissance et protection de soi

Le caractère offensif des propos dirigés contre le « *système* » témoigne des ressources conservées par les individus. Même lourdement affectés par les multiples manifestations du rejet social, ils leur opposent une résistance énergique. Celle-ci force le respect quand elle pointe le traitement différentiel de cette déviance ou les dérives morales de l'opprobre collective. La résistance de l'individu a aussi valeur de protection de soi. Déplacer la responsabilité des points noirs de la toxicomanie du côté d'un système prohibitionniste constitue une forme de déculpabilisation. La défense d'un usage mesuré de drogues comporte, en creux, une valorisation des qualités personnelles de l'individu. Celui-ci ne peut être taxé de mauvaises intentions puisqu'il condamne l'abus et prône la tempérance. Une tempérance qui n'a rien d'une pétition de principe puisqu'elle s'habille de propos experts. L'individu se présente sous le jour d'un connaisseur avisé, victime de contraintes extérieures. Il y a là une stratégie permettant d'obtenir une « reconnaissance de substitution » (Todorov, Z., 1995). Le discours de la victime met ici en avant l'absence totale de reconnaissance des toxicomanes et donc aussi de soi, caractéristique des constructions sociales de la toxicomanie. Et l'individu trouve une relative satisfaction personnelle à ramener cette absence de reconnaissance à l'inattention ou aux mauvaises intentions d'autrui. Cette attitude lui fournit des compensations aux inconvénients rencontrés dans ses relations sociales réelles. L'estime de soi est en partie préservée et le statut de victime permet de pouvoir protester et revendiquer l'attention et la reconnaissance d'autrui. Par la mise en cause de

rouages qui le dépassent, l'individu apporte aussi une preuve de sa « normalité ». Il n'y est pour rien. Il n'est plus menacé par l'indignité. L'individu a besoin de se disculper à ses propres yeux autant qu'aux yeux d'autrui. On pourrait ici rapprocher l'attitude des individus de celle des « naufragés » décrites par Patrick Declerck. Ceux qui ne sauraient « tenir » face à leurs échecs sans les inscrire sous le signe d'une fatalité qui ne les implique en rien. Un tel propos « joue un rôle défensif et anxiolytique essentiel dans le fonctionnement psychique de son auteur… Cette armure le protège des blessures que peuvent lui infliger tant son propre regard que celui des autres » (Declerck, P., 2001, p. 296).

En entretien individuel, quand les individus se placent en position de victime, leur argumentaire prend une coloration nettement moins combative. Le ton n'est pas à la protestation et l'individu ne s'évertue pas à « prouver » qu'il est une personne « normale » devant être reconnue comme telle. Il endosse une identité de malade caractéristique des constructions sociales de la toxicomanie. Autre manière de se disculper et d'apaiser la souffrance ressentie, autre manière aussi de se défaire de toute responsabilité. Reste une demande de compassion qui vienne atténuer l'âpreté du stigmate.

Une toxicomanie symptomatique

Qu'elle relève initialement d'un choix ou non, la toxicomanie est ici présentée dans sa dimension d'expérience lourde de conséquences fortement regrettées. Les individus adhèrent à l'image négative qui leur est renvoyée mais ils convoquent des éléments d'explication qui jouent le rôle de circonstances atténuantes. Troubles psychologiques, difficultés familiales ou prédispositions biologiques sont alors rapportés à l'origine de la toxicomanie. De même que les débats d'experts fournissent l'habillage des incriminations offensives, le vocabulaire médical et les thèses cliniques glanées ici ou là sont appelés au chevet du raisonnement mené. Ici, l'individu ne revendique pas la reconnaissance de sa « normalité ». Mais il tient à recevoir les égards dus à quelqu'un de souffrant. La culpabilisation contenue dans le rejet d'autrui est ici dénoncée au nom d'une défaillance personnelle qui ne saurait lui être imputée. Plus que tout autre, l'argument de prédisposition liée à un dysfonctionnement neurobiologique a valeur d'explication suprême. Pierre a constaté que l'héroïne le rendait actif, il s'est « *donc mis*

à penser que son corps ne fabriquait pas assez d'endorphine[11] *: c'était un feeling comme ça. »* Il a demandé à ce que l'on fasse un contrôle « *et effectivement, ils se sont aperçus que les pics n'étaient pas placés aux mêmes endroits, que les taux n'étaient pas les mêmes que chez les autres gens, qu'ils étaient plus faibles. »* Peut-être parce qu'il ne parvient pas totalement à s'en convaincre, Pierre n'est pas catégorique. Malgré tout, il se demande si ses *« systèmes endocriniens ne sont pas déréglés »* après plusieurs années de toxicomanie, ou même s'ils n'étaient pas déréglés « *avant* », si, plus *« sensible* » que d'autres, il n'avait pas « *un terrain favorable qui, au moins, explique l'appétence* ». Sans pouvoir totalement l'affirmer, Pierre pense que *« c'est vrai dans son cas et chez beaucoup de gens* ». Il ajoute que « *le système endocrinien peut rester déréglé et parfois n'arrive pas à se remettre en route. Et le corps continue à se sentir lourd, pas bien. »* Simon émet l'hypothèse d'un « *gène qui pousserait peut-être plus vers là ».* Clément, lui, n'a pas de doute, « *on* » lui a expliqué qu'il existe des personnes prédisposées à l'héroïne, c'est-à-dire vouées à devenir dépendantes. C'est seulement le jour où l'on consomme que l'on découvre cette prédisposition. Elle concerne aussi la sensibilité au produit de substitution. Ceux qui sont plus vulnérables que d'autres à la drogue le seraient aussi à la méthadone ou au subutex. Réelle ou non, cette argumentation permet à l'individu d'atténuer les difficultés qu'il éprouve à n'être pas encore sevré du produit de substitution. *A priori*, la sortie de la toxicomanie et la sortie du traitement ne peuvent être assimilées l'une à l'autre. Ici, l'individu signale donc que la dépendance est centrale dans la manière dont il se « sent ». Cela force à interroger la nature de son expérience de sortie par les traitements.

En plus de cet argument, l'individu cherche une explication à sa dépendance du côté de son système psychologique. Là, l'éventuel dysfonctionnement n'est pas inné. Il découlerait de chocs affectifs liés aux désordres familiaux. L'individu se présente alors comme la victime de troubles subis dans l'enfance. Il énonce divers types de « problèmes » l'ayant « forcément » fragilisé : un père inconnu ou absent, une mère

[11] Découvertes en 1973, les endorphines peuvent être considérées comme des drogues produites naturellement par le cerveau. Grossièrement, elles jouent le même rôle que les opiacés. Dès lors, quand le cerveau reçoit de la morphine, de l'héroïne ou de la méthadone, il cesse de produire ces substances devenues inutiles puisqu'elles lui sont apportées de l'extérieur. Mais, exogènes ou produites naturellement, les drogues sont nécessaires à l'établissement d'un équilibre des systèmes de plaisir/déplaisir régissant toutes les fonctions vitales. Dès lors, à moins de « remettre en marche » la production d'endorphines, l'apport de drogues doit être maintenue. Pour un complément d'informations, voir par exemple « La Drogue et le cerveau, tout savoir sur les effets réels », *Sciences et vie*, Hors série n° 217, décembre 2001.

laxiste ou protectrice à outrance, un manque d'argent qui a conduit à « la rue » trop tôt : « ça a du jouer ». D'une manière ou d'une autre, l'individu met en avant des « messages » qui n'ont pas été donnés, une éducation qui ne s'est pas déroulée dans des conditions « normales ». Il souligne que l'éducation est ce qui détermine la personnalité et la vie de quelqu'un. Est-ce que la faiblesse, le manque de volonté et plus généralement la toxicomanie ne pourraient donc pas être ramenés à ces difficultés subies très tôt ? Dans ce type de propos, l'individu n'est jamais catégorique pas plus qu'il n'identifie clairement les troubles évoqués. Néanmoins, il interroge leurs incidences et s'appuie sur l'idée qu'une perturbation psychique pourrait rendre compte de son parcours.

Désordre psychique, défaillance neurobiologique ou perturbations familiales, les individus font appel aux éléments couramment utilisés pour donner sens à la toxicomanie. Ceux là même dont le monde médical explore la pertinence afin d'aider les usagers à abandonner la consommation de drogues. Souvent rompus à la terminologie médicale ou coutumiers des thèses spontanément convoquées par les intervenants des structures spécialisées et largement diffusées dans la société, les individus puisent dans un vivier d'arguments familiers qui font nécessairement écho aux représentations de leurs interlocuteurs. Il arrive que ceux-ci en infèrent le sentiment que l'individu se dérobe. Il sait ce qu'il faut dire face à un soignant. Il connaît les formules qu'il s'approprie sous forme de vulgate. Il n'est pas nécessairement de mauvaise foi, mais il se laisserait aller à une « facilité » qui « use » l'intervenant. Celui ci peut être gagné par « une sorte d'insidieuse lassitude, le poids d'une lancinante pesanteur, un vague écoeurement… Notre affectivité épuisée désinvestit doucement… Soignant, nous n'écoutons plus. Et la haine du patient, sournoisement, monte en nous » (Declerck, P., 2001, p. 133). L'adoption par l'individu de ce type d'explication peut effectivement se faire enrôlement à l'intérieur d'un « texte » qu'il « sert » sans plus d'investissement personnel. Néanmoins, on ne saurait perdre de vue – ce que ne font sans doute pas les soignants - que ce « texte », même désinvesti, joue un rôle essentiel d'apaisement et de protection de soi. C'est de plus sans doute à lui, bien avant qu'à l'autre, que l'individu raconte une telle « histoire ». Il y a là une nécessité liée à la pesanteur du stigmate présent à l'intérieur de soi.

Les trois principaux arguments cités n'ont ni le même statut, ni les mêmes retentissements aux yeux de l'individu. Il n'en use donc pas de la même manière.

L'explication neurobiologique est certainement celle qu'il manie avec le plus d'aisance. Le vocabulaire médical vient poser des mots sur des mécanismes corporels que l'individu peut rapprocher de sa propre expérience physique. Certes, la complexité des phénomènes neurobiologiques lui est inconnue, mais il dispose d'une connaissance pratique des réactions de son corps qui lui confère une familiarité avec le vocable médical. Ce raisonnement est surtout celui qui attente le moins à son intimité. A première vue, l'idée d'une prédisposition biologique constitue l'hypothèse la plus lourde à supporter dans la mesure où elle induit un fatalisme achevant d'enfermer l'individu dans l'impuissance. Mais l'évocation de parents absents, alcooliques, entre autres problèmes familiaux cités, celle d'une psychopathologie personnelle s'avèrent autrement plus éprouvants. Même s'il met en avant une « anormalité », le dysfonctionnement neurobiologique décrit par les individus demeure impersonnel. Ce n'est pas le cas des deux autres hypothèses exploitées. Le propos vise ici un dégagement de toute responsabilité mais il manifeste précisément la vulnérabilité de l'individu au stigmate. Dès lors, de part son caractère impersonnel, la prédisposition biologique est soutenable alors que les problèmes familiaux, la psychopathologie personnelle violentent l'intimité. De plus, l'argument médical a la faveur des expérimentations nouvelles en matière de traitement et la légitimité spontanée qu'on accorde à « la science ». En maniant le vocable médical face à un interlocuteur supposé méprisant, l'individu s'arroge la place du savant capable d'éclairer autrui sur des mécanismes abscons. Relégué au rang d'ignorant, l'autre n'est plus en mesure ou en droit de juger. Il ne « sait » pas que la dépendance est affaire de déterminisme. L'individu se charge de rappeler que sa personnalité n'y est pour rien.

Un sujet fragile mais pas inexistant

Pugnaces ou défensifs, les propos par lesquels l'individu se fait victime jouent un rôle de réassurance personnelle en même temps qu'ils entretiennent sa résistance au stigmate. Ils témoignent de ressources personnelles non entamées par la toxicomanie et mises au service d'une protection de soi. Peu importe que ces discours emportent ou non la conviction d'autrui. En elle-même, ce type d'explication apaise les tourments du rapport à soi et donne corps face à autrui. Le propos contribue activement à former un ensemble de représentations et de normes internes qui conduisent à rendre la toxicomanie supportable, du moins symboliquement. L'individu hérite de son parcours

une image de soi dégradante. Découvrir ce dont il a été capable le marque profondément. Dans le discours de la victime, l'individu se détourne de ce passé mais c'est une manière de ne pas se laisser écraser et donc aussi une forme de résistance identitaire. De ce point de vue, la posture doit retenir l'attention. Néanmoins, l'ardeur investie face à autrui vaut pour une présentation de soi inattaquable mais elle obstrue ici une affirmation identitaire. L'identité pour soi n'apparaît pas. La vigueur engagée par l'individu pour redevenir maître de son identité sociale met paradoxalement en relief la pâleur de son affirmation personnelle. Les deux argumentaires décrits développent des conceptions de l'irresponsabilité qui empêchent la construction d'une subjectivité autonome. Le « *système* » ou la neuropsychologie forment la réalité de l'acteur, soit des éléments sur lesquels l'individu n'a pas de prise. Ici, le sujet s'efface : « qu'en est-il ? presque rien. A peine le réceptacle passif d'événements extérieurs. Faussement submergé par le Fatum » (Declerck, P, 2001, p. 115/116). L'individu place son parcours sous le signe de l'hétéronomie. Les années pendant lesquelles il a consommé des drogues ne peuvent pas prendre place dans son histoire de vie. Elles n'ont pas de signification personnelle qui lui permette de se les approprier.

La reconstruction de soi apparaît sous forme de problème dans chacune des postures adoptées par l'individu face au stigmate, mais ni de la même manière, ni avec la même acuité. Dans le discours de la victime, l'individu en fait l'impasse et, d'une certaine manière, l'identité de victime « lui va bien ». Se tenir tout entier dans la protestation est tout à la fois dynamisant et revalorisant. Symétriquement, endosser la définition de soi offerte par l'autre est une manière de s'en remettre totalement à lui. L'individu s'épargne un travail finalement épuisant de compréhension de ce qu'il a vécu comme une perdition. Par contraste, dans la « démarcation » et dans « l'héroïsation », l'individu affronte le non-sens, celui qui découle des catégories d'identification d'autrui. Il reste « en défaut » quant à exprimer « son histoire ». Il souhaite l'assumer mais il en a honte ; il ne se vit pas comme « le toxicomane » défini par autrui tout en étant affecté par l'indignité qui lui est associée.

III) Un sujet rendu invisible

Stabilisé en traitement, l'individu éprouve des difficultés à donner un sens à sa situation. Sa nouvelle identité sociale le tient comme enfermé dans une « condition » qui n'offre pas ou pas encore de perspective d'avenir. La dépendance au produit de substitution préside au rapport à soi. Le traitement a permis d'opérer un déplacement qui ne change pas une dimension pourtant centrale de la sortie : le rapport subjectif à la réalité est toujours médiatisé par une substance. L'individu s'est engagé dans le traitement parce que son existence était suspendue à l'ingestion de drogues et précisément entravée par cette nécessité. Parce qu'il n'y avait plus de plaisir, plus que l'assujettissement. Aujourd'hui, son corps a besoin d'un produit pour « fonctionner » sans plus de perspective de jouissance. La sortie est toujours « affaire de produit » et d'arrachement. La dynamique addictive devenue dominante dans le rapport au corps, reste centrale. C'était un risque à prendre ou à « payer » pour le plaisir trouvé dans les drogues. C'est ce qu'il « paie » aujourd'hui sans plus de satisfaction physique. Usager de drogues, l'individu pouvait se définir comme un toxicomane en lien avec ce qu'il « aimait » dans les drogues. Substitué, c'est l'addiction qui le « fait toxicomane ». Souvent, l'individu garde le désir d'éprouver encore du plaisir avec un produit. Mais le fait de n'être plus qu'un « dépendant » écrase ce désir dans la nostalgie. Paradoxalement, le traitement entraîne la construction ou le renforcement d'une identité de dépendant. Au moment du renoncement aux drogues, c'est certes une réalité. Mais l'individu a aussi du se « convaincre » qu'il n'était plus « que cela » ou qu'il ne serait plus « que cela » pour se détourner des drogues, manière de mettre fin à sa carrière de toxicomane (Davies, J.B., 1997). En traitement, cette forme de rationalisation doit être maintenue. Cela signifie que l'individu n'a pas encore fait le deuil de ce qu'il a trouvé dans la consommation de drogues. Il lui faut toujours se dire que le plaisir mène à la dépendance, qu'il ne peut donc pas être enviable. Ce qui est pour lui un travail permanent de rationalisation est pour son entourage proche ou élargi, une réalité ou une évidence. L'individu cherche à se convaincre de son incapacité à contrôler la consommation de drogues par nostalgie du plaisir. Pour son entourage proche ou élargi cette incapacité le caractérise dans le présent sans plus de soutènement. L'individu continue d'associer le plaisir à la prise de produit. On peut penser que la fin de cette « connexion » entre plaisir et « défonce » caractérise une forme de psychopathologie. L'individu devrait pouvoir trouver du plaisir ailleurs, investir son potentiel de

jouissance sur d'autres objets. C'est une conception de l'addiction partagée par certains soignants en particulier psychiatres ou psychothérapeutes. Mais on peut aussi penser que le deuil du plaisir est commandé par son irrecevabilité. En France, les représentations sociales dominantes opère encore une franche césure entre les psychotropes conçus comme des médicaments et ceux qui restent des drogues. La prescription d'héroïne ou de méthadone injectable par exemple est inconcevable alors qu'elle peut s'apparenter à un véritable traitement souhaité ou souhaitable pour certains individus dépendants[12].

La dépendance est une réalité mais l'ériger au rang d'identité freine le processus de sortie. Or, les interventions institutionnelles ou familiales inscrivent l'individu dans cette identité. Il est identifié comme tel et il est aidé pour cela. La logique d'aide au changement suivie par les supports sociaux repose sur ce que l'individu était, c'est-à-dire, un consommateur enrôlé dans l'addiction. C'est « le toxicomane » qui préside au regard que l'individu porte sur sa situation et qui gouverne le regard et les égards d'autrui. Commandée par le passé, l'aide mise en œuvre le « fait » ex-toxicomane. L'identité nouvelle est liée à un rôle qui n'est pourtant plus celui de l'individu. Celui-ci est abordé ou sans cesse rattaché à son rôle passé. Ce facteur d'identité est activé dans le soutien qu'il reçoit et fonde la continuation de l'aide. La contribution au changement est apporté à celui qui ne consomme plus de drogues sans pour autant que l'individu soit séparé du rôle qui a été le sien. Les supports sociaux travaillent donc moins à la définition de nouveaux facteurs d'identité qu'à l'entretien de l'individu dans ce rôle « d'ex » conçu comme protecteur. Dès lors, le changement de rôle tient la menace d'une rechute à distance mais il freine l'évolution identitaire. La dépendance est toujours le facteur d'identité dominant. Cette « condition » place l'individu dans l'incohérence. Elle « fatigue » également la dynamique de transformation identitaire. Sans cesse renvoyé à ce qu'il était, il lui devient difficile de se projeter dans la réalité d'une identité autre que celle de toxicomane. L'individu ne peut pas se sentir en mouvement à partir du moment où il est toujours « toxico ». C'est aussi ce qui entrave très pratiquement des perspectives d'avenir. Pour ceux dont les handicaps sociaux les maintiennent dans l'exclusion, la vigueur investie dans le processus de sortie s'épuise. Une telle

[12] Ce sont les conclusions que l'on peut tirer de l'expérimentation d'héroïne médicalisée en Suisse comme aux Pays Bas. Administrée dans des conditions précises fidèles à l'exercice médical aux patients qui ne parviennent pas à se stabiliser avec la méthadone, la prescription d'héroïne obtient des résultats tout à fait satisfaisants. Les patients se stabilisent, leur état de santé et leur situation sociale s'améliorent. Une fois trouvée la bonne dose, ils ne cherchent pas à l'augmenter et on ne constate pas de compulsion.

« condition » de sortant induit parfois des reprises de produits : à quoi bon, si c'est pour se retrouver dans des conditions d'existences des moins soutenables ?

Le stigmate lié à la toxicomanie participe également des difficultés de la reconstruction de soi. L'identité présente signale un passé majoritairement pensé en des termes négatifs. L'individu n'a pas d'expérience, il a un passé que les représentations sociales enferment dans l'indignité. De ce point de vue, il lui est difficile de « vivre avec » ce qu'il ne peut pas faire valider autrement qu'en le dénigrant. Que l'individu accepte, nie, refoule ou rationalise ces représentations sociales discriminantes, il est obligé de définir son parcours et donc aussi son identité par rapport à elles. La prégnance du stigmate place l'individu sous la coupe d'une double domination. Socialement il reste toxicomane alors qu'il a quitté le « milieu » et qu'il ne consomme plus de drogues. De plus, la définition de ce « toxicomane » se fait sur la base des constructions sociales de la toxicomanie, soit, des catégories extérieures. Quand il se définit comme une victime de pathologies diverses, l'individu montre qu'il s'est approprié ces catégories, cette interprétation de son parcours. Mais il ne se tient jamais totalement dans cette posture qui le « vide » de toute identité personnelle. Dans la « démarcation » comme dans « l'héroïsation », il signale son refus de ces catégories. Certes, l'affirmation identitaire est avant tout une « affirmation contre », un travail d'opposition aux critères d'identification employés par autrui. C'est que la construction d'une identité sociale allégée du stigmate de toxicomane est une entreprise périlleuse. L'individu peine à contenir tout à fait les affectations charriées par une telle dénomination. L'essentiel de l'énergie nécessaire à la reconstruction de soi semble passer dans la défense d'un « moi » bardé de stigmates. Mais l'individu signale aussi qu'il refuse de réduire son parcours et sa personne aux représentations ambiantes. Il s'accroche à l'idée qu'il est autre chose que cela et que ce qu'il a vécu n'est pas déplorable. Néanmoins, l'individu est en suspend pris dans une tension parce que sa condition de sortant est synonyme de dépossession. Le processus de sortie ne fait pas de place à la toxicomanie comme expérience ni à l'individu comme personne dotée de cette expérience. De fait, l'individu se retrouve « amputé ». Des années de sa vie n'existent pas à titre d'expérience positive dont il pourrait nourrir son identité présente. En particulier, le plaisir de la drogue doit être tu. Il est inaudible. Pour l'individu, « le déni collectif du plaisir n'est rien d'autre qu'une stratégie de disqualification » (Coppel, A., 2002, p. 300). Et ces années de sa vie demeurent vivaces au titre d'un passé

condamnable ou déshonorant. L'individu ne saurait pourtant retrouver d'assise identitaire s'il ne parvient pas à inclure son passé dans son identité présente et à se faire accepter comme tel, si autrui ne valide pas intensivement et explicitement le « nouvel être » qu'il est ou qu'il pourrait être. Pour l'individu, la sortie suppose de « faire contre » mais aussi « avec » des années de vie qui ne se réduisent pas au stigmate. Au nom de l'avenir, l'individu est tenu de travailler son passé. Non pas parce qu'il recèle une quelconque intrigue dont le dénouement apaiserait les tensions du présent. Mais parce que ce passé n'a plus lieu d'être tout en faisant partie intégrante de la personnalité individuelle. L'individu est confronté à la nécessité de reconstruire sa trajectoire comme une expérience personnelle qui prenne place dans son histoire de vie. Les discours tenus sont de nature essentiellement défensive. L'individu rencontre des difficultés pour affirmer une histoire personnelle. Quand il opte pour la « démarcation » d'avec les toxicomanes, il refuse les représentations d'un rôle et d'une identité sociale. Il n'a pas eu les comportements que l'on prête aux toxicomanes, il n'est pas non plus cette personne capable de tels comportements. Ses conduites et sa personnalité n'entrent pas dans la catégorie générale du toxicomane. Cette catégorie relève du stéréotype. Elle est prescription d'une identité qui n'encadre pas celle de l'individu. Celui-ci lutte contre le stéréotype du comportement et de l'identité sociale mais il peine à se démarquer par rapport à l'addiction. Dans l'héroïsation, l'individu signale en la valorisant ce qui a été pour lui une expérience personnelle de la drogue. Mais là aussi, il ne s'affranchit pas totalement de ce qui a tourné à la dépendance au point d'affecter son identité personnelle. On peut penser que la dépendance a précisément raison de toute intimité ; que, dans cette situation, l'individu est dépossédé de toute relation à soi ou à l'autre. C'est en tout cas ce qu'il signale quand il rend compte de son parcours. Mais c'est aussi ce qui l'a fait réagir et lui a permis de sortir du statut-identité de toxicomane. Les discours sur soi élaborés au cours du processus de sortie suivent une forme et usent de catégories qui rendent difficile la transformation de la résistance du sujet en affirmation d'un « « Je » défini par soi-même ». L'individu s'installe dans la défense contre un rôle et une identité définis par autrui, il ne s'appuie pas sur des catégories personnelles de définition de soi.

Plus généralement, l'essentiel de la définition de soi se fait en référence à des représentations sociales qui ne sont pas nécessairement porteuses de stigmates mais qui ne font pas de place à la conception singulière de la toxicomanie. Il en est ainsi des

idéologies fondant l'organisation des traitements. Leur pertinence n'est pas à mettre en cause au sens où elles couvrent l'essentiel des difficultés rencontrées par l'individu, ce qui permet la mise en œuvre d'une aide au changement tout à fait décisive. L'usager dépendant est par définition dans l'impossibilité de contrôler sa conduite. Sa situation génère des tensions psychiques ou signale une psychopathologie et il s'expose à des risques multiples. Néanmoins, les conceptions fondant l'aide apportée forment aussi des représentations *a priori* de la toxicomanie et de l'individu. Celui-ci est amené à se déterminer par rapport à cette pensée *a priori* de ce qu'il est et de la signification de son parcours. L'individu singulier est accueilli mais il prend place dans ce cadre de représentation particulier. Sans être déconsidérée, la représentation, tout aussi contingente, qu'il a de son parcours est fondue dans celle que lui proposent les soignants. C'est néanmoins le cas pour le modèle médical et psychologique de traitement. Tous deux reposent sur une interprétation de la toxicomanie qui passe sur la conception singulière de l'individu et qui se traduit dans une relation thérapeutique suivant un modèle d'activité/passivité. La problématique toxicomaniaque est affaire de déterminismes neurobiologiques d'un côté, de psychopathologie de l'autre. Par définition, l'individu ne peut ici que s'en remettre aux soignants tant pour le suivi du traitement que pour la compréhension des transformations personnelles que celui-ci va lui apporter. Dans la pratique, il y a sans doute interaction entre l'individu et ses soignants dans la menée du traitement. Mais, *a priori*, le patient n'est pas conçu comme pouvant apporter « quelque chose » à la réalisation de la sortie. Il est aussi dépourvu de ressources autonomes. Les deux modèles ne reconnaissent pas l'individu comme doté d'aptitudes ou qualités potentiellement opérantes pour son évolution. Par là, ils entament l'estime qu'il est en mesure de se porter. Le modèle social de traitement se concentre sur la nécessité du « vivre avec les drogues » et n'avance aucune interprétation de l'addiction. Une place est faite aux ressources conservées par les individus aux côtés de l'aide apportée par les soignants. Mais la coopération est *a priori* centrée sur la restauration d'une autonomie dans la conduite, elle n'est pas mise au service de la crise identitaire traversée par l'individu. D'une manière ou d'une autre, face à ces trois modèles de traitements, l'individu est renvoyé à l'impersonnalité. La sortie de la toxicomanie n'est pas envisagée en termes de passage d'une identité à une autre dans le modèle médical et social de traitement. Elle est saisie ainsi dans le modèle psychologique de traitement mais en des termes pré-posés dans lesquels l'individu est

amené à se reconnaître. De ce point de vue, la formulation, par l'individu, d'arguments empruntés à la psychologie ou à la neurobiologie pour donner sens à son parcours paraît largement dictée par la position qui lui est attribuée dans le traitement.

Par ailleurs, les toxicomanes comptent parmi ces populations particulièrement prises dans un filet de discours et sur-sollicitées quant à rendre compte de ce qu'ils sont. Peu de place est faite pour une logique d'énonciation qui ne soit pas celle de la causalité et pour une pensée de la toxicomanie qui s'écarte des discours ambiants. Les individus instrumentalisent les catégories d'identification d'autrui afin de donner un sens à leur parcours mais c'est précisément ce qui les empêche de se saisir de leur expérience. C'est leur appartenance à une catégorie sociale qui vient donner du sens à leur situation et non une référence singulière. De plus, la sur-sollicitation quant à « se raconter » ou « s'expliquer », épuise l'individu et peut mener à l'effet inverse de celui escompté. L'individu peut s'égarer, perdre le fil d'une histoire qui est avant tout celle qu'autrui lui demande de raconter. Ce faisant, il tend à s'écarter de la création d'une histoire personnelle et à construire ou s'installer dans ce qui prend les traits d'une « enveloppe identitaire ». Les catégories d'identification renvoyées sont intériorisées. Elles affaiblissent le sujet et concourent à son invisibilité.

Ceci est renforcé par le fait que ces catégories *a priori* et dominantes de la toxicomanie ne rendent pas compte de l'intégralité de ce que l'individu a vécu. Elles n'englobent précisément pas ce qui a pu être une « expérience de la drogue ». Le « vécu » est « écrasé » dans un comportement dangereux ou pathologique. Dans les représentations sociales, la consommation de drogues est étrangère à toute forme de réalisation personnelle, elle en est l'exact contraire et elle ne prend place dans la société qu'à titre de problème. Si l'on suit Alain Ehrenberg, on peut penser que, de fait, l'usage de psychotropes aide à une forme de réalisation personnelle ou sociale. Mais cela ne change pas l'absence totale de considération sociale qui lui est dévolue. Ceci s'applique avec plus d'acuité encore à ceux qui ont basculé dans la dépendance et qui se retrouvent en traitement. L'absence de reconnaissance se double de déconsidération. Cela se traduit très pratiquement dans la relation que l'individu entretient avec lui-même. La construction d'une estime et d'un respect de soi est largement entravée. De plus, l'individu ne peut pas « vivre avec » ce à quoi on n'offre pas d'espace pour être dit. Symétriquement, il ne peut pas non plus en faire le deuil. Ce qui est dicible ce sont le rôle et l'identité sociale et ils sont recevables au titre d'un amendement. Mais il n'existe

pas d'espace ou de lieu où restituer l'expérience de la drogue. Il est possible de penser que l'individu lui-même peine à s'en saisir dans la mesure où il s'est finalement absorbé dans une pratique sociale. Il n'empêche. D'une manière ou d'une autre, il est obligé de « dire » ou « penser » ses années de consommations de drogues à partir de constructions sociales qui n'englobent pas l'intégralité de son « vécu » et qui l'éclipsent en exacerbant les dimensions sombres de son parcours, soit ses comportements de toxicomane et la dépendance dans laquelle il s'est enfermé.

Finalement, les transformations opérées tout au long du processus de sortie sont essentiellement de l'ordre d'un changement de rôle, et l'individu s'inscrit dans une nouvelle identité au moins aussi monolithique que l'a été celle de toxicomane : il est avant tout un « ex-toxicomane ». Socialement, il est défini par son appartenance à un « groupe » déconsidéré et la disqualification se déporte à l'intérieur de soi. Dans ses relations, « l'ex » qu'il est devenu, n'est pas forcément instrumentalisé en rejet ou en effroi. Et c'est précisément ce type de relation, où le stigmate ne fait pas obstacle à l'affection, que l'individu met en avant comme étant déterminantes quant aux épreuves tant pratiques que psychologiques qui jalonnent son évolution. Ici, le passé n'empêche pas la sollicitude et c'est sans doute le plus solide support de la sortie. Mais la connaissance de ce parcours passé n'est pas neutre dans la relation. Elle se pose entre lui et l'autre. Ces années de sa vie sont souvent ou longtemps considérées comme étant les plus significatives quant à ce qu'il est.

L'identité acquise par le traitement n'a pas valeur de reconstruction de soi. Elle rattache l'individu à une catégorie sociale et domine les autres facteurs d'identités individuels alors qu'une identité épanouie suppose une multiplicité de rôles et une aptitude à gérer cette multiplicité. Ex-toxicomane, ce que l'individu doit gérer ce sont avant tout ces oripeaux du « toxicomane » présents dans sa nouvelle identité. Il n'est plus « absorbé » dans son ancien statut pas plus qu'il ne l'est dans celui « d'ex ». Mais il reste massivement défini sur cette base. Les fragments de subjectivité sur lesquels il s'est appuyé pour renoncer aux drogues n'ont pas été significativement renforcés. Ce n'est pas ce processus qui a été « activé ». Si l'on tient que la toxicomanie a finalement fragilisé le sujet parce qu'un rôle social est devenu dominant dans la définition de soi, alors la sortie, telle que nous l'avons observée, ne change pas cette « logique de fond ». De ce point de vue, on peut penser que « sortir » revient à « tenir » dans la tension et la fragilité. L'identité pour soi restant écartelée entre passé et présent. L'individu n'est pas

suffisamment aidé pour inclure son parcours à titre d'expérience dans sa nouvelle identité, c'est-à-dire aussi construire une harmonie entre passé, présent et futur. Cependant, on peut aussi penser que la sortie compte des étapes et que la prépondérance du rôle « d'ex » ne correspond qu'à un moment du processus de reconstruction identitaire.

Conclusion

Tout au long de notre travail, nous avons cherché à rendre compte de la sortie de la toxicomanie telle qu'elle fait sens pour des individus engagés dans un traitement de substitution. Nous avons souhaité privilégier une approche compréhensive, fondée sur les récits individuels. Nos analyses sont étrangères à toute interrogation sur les « causes » potentiellement responsables de la toxicomanie. Dès lors, nous avons écarté de notre réflexion la prise en considération d'éventuels déterminismes biologiques, psychologiques ou sociaux. L'abus de drogues est fréquemment questionné en ces termes, ce qui évacue, de fait, toute expérience individuelle. Par contraste, nous avons considéré les individus comme des êtres sociaux engagés dans des pratiques et relations sociales c'est-à-dire dotés d'une expérience pour laquelle ils ont développé des ressources propres et sur laquelle ils portent un regard personnel. Ce sont ces logiques individuelles de conduites et de définition des situations qui ont concentré notre attention. Ce que l'on appelle « toxicomanie » n'a rien d'un phénomène unidimensionnel réductible à une chaîne causale. Suivant ces prémisses nous avons cherché à dégager les caractéristiques des transformations en jeu dans la situation des personnes rencontrées.

Celles-ci sont inscrites dans un processus de changements étalé dans le temps. La lumière que nous projetons sur leur expérience est donc relative à la signification qu'elles en donnent à un instant donné. Quel que soit le temps passé en traitement, toutes présentent le parcours qu'elles ont suivi comme un processus structuré en étapes. Il y a là une forme de reconstruction. Tout récit de vie est production d'un ordre qui réaménage le cours d'une existence nécessairement plus chaotique (Bourdieu, P., 1986). L'entreprise est encore lissée par la restitution du chercheur. Il n'empêche. C'est cet ordonnancement du parcours de vie élaboré à un moment donné qui fait sens pour

l'individu. C'est donc cette « histoire » que le chercheur doit tenter de saisir. La récurrence d'une certaine forme donnée à la sortie est frappante. Elle se présente comme une « carrière de sortant ». Les individus exposent des « moments » significatifs dans leur évolution. Chacun d'eux étant synonyme de transformations et expériences spécifiques soutenues par divers supports.

En premier lieu, la sortie repose sur une décision résolument personnelle ce qui fait dire à l'individu qu'il s'est, pour la première fois, engagé à mettre fin à sa consommation de drogues. Divers facteurs concourent à cette prise de décision. Elle est préparée par une lente maturation qui court parfois sur plusieurs années de consommation de drogues. L'entrée en traitement de substitution est rarement la première tentative pour arrêter l'usage de drogues. Néanmoins, elle est présentée comme étant le fruit d'une détermination inédite. L'individu énonce des « bonnes raisons » (Stimson, G., Oppenheimer, E., 1982) et il en prend acte. Ces « bonnes raisons » procèdent largement d'une rationalisation qui le conduit à définir l'usage de drogues en des termes négatifs. C'est une condition nécessaire mais non suffisante pour renoncer aux drogues. Il arrive en effet que l'individu maintienne sa pratique sur plusieurs mois ou années alors même qu'il la conçoit comme coûteuse et qu'il n'éprouve plus que de la souffrance. Les « bonnes raisons » nourrissent la détermination de l'individu mais celui-ci ne décide de sortir qu'au moment où la situation lui paraît insoutenable. Une forme de crise personnelle préside à son engagement dans un processus de sortie. Et sa démarche est souvent comme déclenchée par un événement extérieur – attitude d'un proche, menace de prison, annonce d'une maladie…–, et/ou favorisée par un contexte social. Pour la majorité des personnes que nous avons rencontrées, l'accessibilité des traitements de substitution a constitué ce contexte social rendant possible la cession de la consommation. Ici, l'individu a le sentiment que, pour la première fois, il peut bénéficier du seul support conçu comme efficient pour arrêter de consommer. La mise à disposition de produit de substitution rencontre les vues de l'individu quant à ce qui lui est nécessaire pour sortir de la dépendance. Cette adéquation entre l'offre de soin et la définition individuelle de l'arrêt de la consommation renforce le sentiment d'un degré de contrôle sur la sortie : arrêter devient possible. De fait, les traitements de substitution ne constituent pas forcément une voie de sortie idéale ou conçue comme telle. Mais c'est la représentation qu'en ont eu les personnes rencontrées. Une telle représentation est ramenée aux tentatives précédentes

de sortie, variées voire exhaustives de leur point de vue. L'individu a peu à peu forgé le sentiment qu'il avait besoin d'un produit. Il a construit une définition de sa dépendance comme « problème » ne pouvant être résolu qu'à l'aide d'un substitut. De ce point de vue, l'offre de méthadone ou de subutex est en adéquation avec sa définition de la situation. Cela consolide puissamment sa détermination.

Une fois qu'il a décidé d'arrêter, l'individu s'engage concrètement dans une étape de la sortie centrée sur l'obtention de l'abstinence de drogues. « L'arrachement » d'un certain rapport au corps condense les transformations et émotions caractéristiques de cette étape du processus. Le produit de substitution en est le support essentiel. Il soulage du manque. Dès lors, physiquement et moralement, l'individu sort de l'immédiateté de l'appétence. La satisfaction directe d'un besoin n'est plus la réalité centrale dans le rapport à soi. Elle ne préside plus à l'organisation du mode de vie. L'apaisement physique ouvre donc un espace de relation à soi. Il libère aussi du temps quotidien. Ces transformations débouchent sur une nouvelle étape de la sortie. L'individu s'engage dans la construction d'un nouveau mode de vie, c'est-à-dire aussi dans un changement de son identité sociale. L'accompagnement médical, psychologique et social inclus dans le traitement, le soutien des proches forment les supports de ces transformations. Le traitement se fait « laboratoire de transformation » (Berger, P., Luckman, T., 1986), le personnel soignant et les proches jouent le rôle d'instance de resocialisation. Le cadre de vie proposé, l'attention accordée ainsi que les services offerts, permettent à l'individu d'apprendre un nouveau rôle, celui de patient. Les relations ne sont plus de l'ordre d'une « instrumentalisation » dictée par le besoin de produit. L'individu s'éloigne d'un type de relation commandé par l'intérêt et étranger à tout échange interpersonnel. Il se détache d'une « logique d'usager de drogues » et s'engage dans la gestion subjective de nouvelles relations. Les soignants ne sont plus uniquement des « prescripteurs » mais des personnes chaleureuses et compétentes avec lesquelles il accepte de collaborer. Un travail d'entente sans cesse renouvelé sur le sens et l'organisation du soin se met en place. Il participe à la construction d'une confiance réciproque. L'individu apprend à considérer le substitut comme un médicament. Au quotidien, son temps n'est plus « rempli » par la recherche et la consommation de drogues. Il en dispose pour bâtir les tenants d'un nouveau mode de vie.

Cette étape de la sortie et la précédente peuvent se chevaucher. L'abstinence de drogues requiert du temps et l'éloignement du mode de vie caractéristique de la

toxicomanie débute dès l'entrée en traitement. L'individu a même souvent commencé à quitter les « mondes de la drogue » avant de commencer le traitement de substitution. Il a cessé de côtoyer des usagers de drogues. Surtout, plus que l'abstinence concrète de drogues, c'est la ré-appropriation du corps qui fonde la sortie, soit le changement d'un rapport à soi. Il y a là un bouleversement identitaire qui dépasse le recouvrement d'une certaine intégrité physique. « L'arrachement » caractéristique de la première étape de la sortie met en jeu un processus de transformation plus large qui se prolonge au-delà de l'abstinence. L'individu doit retrouver confiance en soi et restaurer une estime largement affectée par son parcours passé. Cette reconstruction est dépendante du regard et des attitudes d'autrui. L'individu ne saurait prendre confiance dans ses qualités et aptitudes à changer s'il n'en trouve pas la confirmation dans le regard de ceux qui accompagnent sa sortie. L'abandon du mode de vie et des conduites de toxicomane est fortement encouragé par l'entourage proche et élargi. L'individu reçoit des aides concrètes et un soutien moral à cet effet. La sollicitude présente dans les relations avec les soignants et les proches est un puissant moteur des changements dans les premières étapes de la sortie. L'individu est sensible aussi bien à l'affection témoignée qu'au contrôle exercé par son entourage ou mis en œuvre dans le cadre du traitement. Ces deux dimensions lui donnent le sentiment d'être considéré par autrui. Sa toxicomanie n'est pas un obstacle éloignant toute diligence et le contrôle est bienvenu. Par là, autrui se montre au fait de ce dont il a besoin. L'individu se sent fragile. Seul, il craint de ne pouvoir durablement tenir l'abstinence. Dès lors, associé à la sollicitude, le contrôle devient synonyme de secours. Ici, comme au moment du renoncement, les soutiens proposés rencontrent la définition individuelle de ce qui est efficient pour sortir de la toxicomanie. Le sentiment que celle-ci est possible s'en trouve une nouvelle fois renforcé.

L'individu se stabilise en traitement, il passe à une autre étape du processus. Les transformations à l'œuvre dans cette nouvelle étape sont moins spectaculaires que celles qui précèdent. Même, il semble que la situation individuelle se maintienne sans plus de changement. L'individu reste en traitement et il peine à se projeter dans un mode de vie sans traitement. Il est « sous substitution » et ne parvient pas à s'imaginer vivre sans rien. Sa situation est stabilisée mais elle ouvre des questions quant au sens de la sortie. L'individu n'est plus toxicomane : il ne consomme plus, il n'évolue plus dans les mondes de la drogue, ses relations et son mode de vie ont changé. Pourtant, il ne se vit

pas comme sorti de la toxicomanie et il a le sentiment d'être durablement installé dans un entre-deux. La dynamique addictive demeure dans le rapport à soi et sa nouvelle identité sociale n'est pas détachée de l'ancienne. Pour lui, prendre un produit de substitution c'est « être » dans le besoin d'une substance. C'est aussi être perçu comme une personne qui a encore besoin d'un produit pour ne pas rechuter. Le traitement a des résonances identitaires : de la même manière que la consommation de drogues signifiait un certain « être au monde » et pas seulement une pratique, l'ingestion de substitut prolonge un rapport à soi commandé par la dépendance. Pour soi comme dans les relations aux autres, il semble que l'identité de l'individu « transite » toujours par la prise de produit. L'individu « existe » d'abord à travers un produit. L'ensemble des caractéristiques de cette étape du traitement plonge l'individu dans l'incertitude quant à son devenir. Elle signifie pour lui qu'il reste tenu par un passé menaçant et flottant au regard d'un avenir indéfini.

Les étapes de cette « carrière de sortant » peuvent être éclairées par la nature du processus de sortie. Il compte deux grands processus simultanés de resocialisation et de redéfinition de soi. Du point de vue de l'individu, la toxicomanie a été synonyme de l'apprentissage d'un rôle social éclipsant progressivement tout autre facteur d'identité. En conséquence, la sortie est de l'ordre d'une conversion statutaire et identitaire. Indépendamment d'éventuels déterminismes biologiques ou psychologiques, l'expérience de consommation de drogues des personnes rencontrées a consisté en l'adoption d'un mode de vie peu à peu centré sur la recherche et la consommation de produit. A la suite des analyses de Becker, on peut dire que la pratique les a « faits » toxicomanes. Autrement dit, l'individu a suivi une carrière au terme de laquelle il a investi un rôle social devenu le lieu d'une construction identitaire forte. L'individu a intériorisé les normes et l'univers de sens en vigueur dans les mondes de la drogue. Il a orienté ses comportements en fonction de règles dont le volume et le poids ont augmenté à mesure qu'il maintenait son usage de drogues. Continuer à consommer implique l'accomplissement de gestes et une organisation du temps qui laissent peu de place à toute autre « ligne biographique ». Cela suppose également une révision permanente de la signification de l'usage. L'individu doit rationaliser en permanence le sens de ses comportements afin de « neutraliser » les obstacles psychologiques et moraux qui se présentent à chaque avancée dans la trajectoire. Tous les usagers de drogues ne parviennent pas à acquérir les techniques nécessaires au maintien de la

pratique. La logique de la carrière n'est pas une fatalité. Mais les personnes rencontrées ont suivi ce parcours les menant à une identification intense et profonde au rôle de toxicomane. Pour elles, la toxicomanie a pris la forme d'une « hypersocialisation » écrasant pratiquement toute distance au rôle. Ici, l'individu est devenu avant tout un consommateur de drogues, mu par le besoin de drogues et identifié comme tel. Dans ces conditions, la sortie suppose le détachement d'un rôle commandant à la fois le mode de vie et la définition de soi. Elle engage simultanément une désocialisation et une désidentification d'avec le rôle de toxicomane. Ces transformations forment la base à partir de laquelle l'individu pourra s'engager dans un nouveau mode de vie et produire une nouvelle définition de soi. L'individu doit abandonner un certain nombre de comportements, se défaire des normes du « milieu » pour en suivre de nouvelles et, ainsi, investir de nouveaux rôles sociaux dont il doit pouvoir gérer la multiplicité. Il y a là un processus de resocialisation. Mais l'individu doit également cesser de se concevoir dans les termes de son ancien rôle et se définir sur la base de nouveaux facteurs d'identité. Largement absorbée dans un rôle social, l'identité du sujet singulier est fragile et menacée. Et le processus de désidentification accroît cette fragilité. En effet, même négative, l'identité de toxicomane reste une identité. S'en détacher c'est perdre un « morceau de soi ». L'individu est confronté à la difficulté de vivre un dépouillement identitaire, une forme de « mort à soi-même ». Il doit affronter le vide qui s'ouvre à mesure qu'il se « décolle » de son statut-identité. Il doit aussi lutter contre un sentiment d'étrangeté présent dans le rapport à soi. En effet, l'individu ne se reconnaît pas dans ce toxicomane présent à l'intérieur de soi. Dès lors, l'activité de redéfinition de soi implique de tenir ensemble deux logiques contradictoires : éloigner le passé mais aussi s'en saisir. L'individu ne peut pas s'instituer comme sujet singulier s'il reste amputé d'une partie de lui-même ou si ce dont il doit se détacher reste opaque. Il doit donc tenir son passé à distance mais également s'y « plonger », effectuer un travail sur ce passé afin qu'il prenne place dans son histoire de vie. Un autre élément accroît la difficulté de cette transformation identitaire. Si l'individu ne se reconnaît pas dans ce toxicomane qu'il a été, c'est aussi parce qu'il le conçoit dans les termes des représentations communes, c'est-à-dire à partir de stigmates inclinant au mépris de soi. L'individu doit pouvoir opérer un renversement en prenant appui sur cette partie de soi non totalement inféodée au rôle de toxicomane et qui a impulsé son renoncement au drogues. Il s'agit de renforcer cette subjectivité certes fragile mais non écrasée sous l'identité sociale de

toxicomane. L'ensemble des supports mobilisés pour la sortie sont impliqués dans ces épreuves de la reconstruction de soi. En particulier, la relation à l'autre est fondamentale pour que l'individu advienne à lui-même. Ainsi, certains patients considèrent que la qualité de la relation nouée avec les soignants est le deuxième déterminant de la réussite du traitement juste après le produit (Deglon, JJ., 1995).

Compte tenu de la nature du processus de sortie, quelles conclusions peut-on tirer quant aux transformations effectivement réalisées par les individus ?

Pour tous, l'abandon d'un mode de vie, la construction de nouvelles relations et d'une nouvelle identité sociale – celle de patient – paraît acquise. L'ensemble des supports sociaux mobilisés est d'une grande efficacité à cet effet. L'expérience de sortie des personnes rencontrées confirme donc ici les résultats de nombreuses études évaluatives menées sur les traitements de substitution[1]. Ceux-ci permettent notamment l'accès à l'abstinence de drogues, ils participent grandement à la réduction des activités délinquantes liées à la toxicomanie et ils induisent une diminution tout à fait significative des risques sanitaires encourus par les usagers de drogues. Le traitement aide l'individu à se détacher « d'habitudes » nuisant à son équilibre de vie et fragilisant sa participation à une sociabilité ordinaire. Par là, il lui permet de s'installer dans des conditions d'existence favorables à sa réinscription dans un mode de vie ordinaire. Pour certains, une intégration sociale sanctionnée par une activité professionnelle reste fort aléatoire. Néanmoins, un tel obstacle au retour dans les conditions de vie du commun dépasse largement les possibilités de soutien des proches ou des soignants. Les individus concernés sont ici confrontés aux difficultés rencontrées par d'autres catégories « d'exclus ». La lourdeur de la toxicomanie participe également de l'installation durable de l'individu dans une étape « d'entre-deux ». Plus la trajectoire de consommation de drogues a été longue, plus le traitement est appelé à se prolonger dans le temps. Par contraste, certains individus semblent totalement apaisés et dégagés de toutes leurs difficultés une fois que leur mode de vie a été stabilisé.

Néanmoins, nombre d'entre eux s'installent dans un « entre-deux » et la durée de cette étape ainsi que les incertitudes qui lui sont associées quant à la poursuite de l'évolution ne tiennent pas uniquement aux handicaps sociaux hérités de la toxicomanie. Pour ces individus, on ne peut ramener l'apparente « suspension » des transformations à

[1] Se reporter aux annexes pour une présentation de ces études.

ces handicaps freinant la resocialisation. Elle tient aussi à la nature des changements survenus dans le processus de redéfinition de soi. En effet, les transformations opérées sont ici plus fragiles et la participation des supports sociaux n'y est pas étrangère.

Toutes les étapes franchies depuis la décision de sortie ont permis à l'individu d'acquérir un nouveau statut social auquel est associée une nouvelle identité. Socialement, l'individu est un « patient stabilisé ». Mais, pour soi comme pour autrui, il est surtout un « ex-toxicomane ». Associées, ces définitions de l'individu forment pourtant deux dimensions de son identité qui n'ont ni la même signification, ni le même statut dans la conception de soi. L'ex-toxicomane y est prépondérant. Autrement dit, la nouvelle identité construite tout au long des étapes de la sortie n'est pas détachée de l'ancienne. Cela freine la dynamique de redéfinition de soi et donc aussi la sortie. « Le toxicomane » marque l'identité présente de l'individu. Cela est synonyme de stigmates subsistants dans le rapport à soi et dans les relations à autrui. L'individu reste fragile quant à l'estime qu'il est en mesure de se porter. Il ne peut pas non plus totalement se fier à la solidité de son abstinence. Sa nouvelle identité suscite une crainte : l'individu se sent toujours menacé de rechute. Rien n'oblige pourtant à considérer la reprise de consommation comme un risque assuré ou permanent. Certes, c'est une éventualité, mais il semble qu'elle soit instituée en menace presque évidente parce que l'individu reste « toxicomane » dans le regard d'autrui. Il continue d'être aidé pour ce qu'il a été. L'individu y voit une protection mais c'est aussi ce qui l'empêche de se sentir capable de tenir sans plus d'assistance. Corollaire de ce sentiment dans la conception de soi : l'individu ne dispose pas de représentations pour se penser « autre ». Les attentes et prescriptions sociales se réfèrent à l'ancienne identité. La nécessaire désidentification d'avec le rôle passé est entravée. Cela suscite une souffrance : l'individu se sent « tiré » en arrière. Il ne peut se définir qu'en référence à une identité passée conçue en des termes négatifs. L'épreuve subjective qu'il traverse est double : il reste un « toxicomane » et la définition de ce « toxicomane » repose sur des catégories impersonnelles. En effet, c'est le regard d'autrui qui préside à la définition de soi et non le visage singulier que l'individu pourrait présenter. Les transformations opérées s'en trouvent fragilisées. L'individu est confronté à une forme d'incohérence et de non-sens. L'identité attribuée de toxicomane renvoie à une pratique et à un rôle qu'il a abandonnés et auxquels il ne s'est jamais totalement identifié. Pourtant, c'est ce rôle d'usager qui reste dominant dans la conception de soi. L'individu est un « ex ». Il se

définit « en creux », par rapport à ce qu'il n'est plus et non en prenant appui sur le « nouvel individu » qu'il est devenu. La sortie suppose de parvenir à s'instituer autre. Ici, l'individu rencontre des difficultés quant à se projeter symboliquement dans une identité qui ne soit pas massivement fondée sur le rôle de toxicomane.

Plusieurs facteurs forment des obstacles au « basculement identitaire ».

Côté individu, la décision de sortie a été portée par l'épuisement de l'expérience de consommation de drogues. L'individu s'est fermement engagé dans la sortie mais sans définir plus avant le « terme » du processus. Grossièrement, il est « sorti pour sortir », parce qu'il « fallait arrêter », l'abstinence de drogues devant commander l'ensemble des changements escomptés. Autrement dit, au moment du renoncement aux drogues, l'individu se place dans des dispositions favorables à la sortie mais il ne se projette pas au-delà de l'abstinence. Il définit la sortie comme la fin de « quelque chose » mais il n'élabore pas de représentations sur ce qui adviendra ou sur ce qu'il sera « après ». C'est une fois l'abstinence de drogues atteinte, que le travail de redéfinition de soi se pose avec acuité. Or, découvrir que cette abstinence n'est pas synonyme de sortie suscite déjà un trouble qui rend l'entreprise difficile.

De plus, le parcours suivi par l'individu a été celui d'un changement de rôle. L'individu s'est dégagé du rôle de toxicomane par identification au rôle d'ex-toxicomane. Il se définit essentiellement sur la base de ce facteur d'identité lié à son rôle passé. Cela signifie qu'il a peu ou pas gagné en autonomie subjective. Le rapport à soi et à l'autre passe toujours par cette identité sociale. En conséquence, l'institution de soi comme sujet singulier suppose une nouvelle forme « d'arrachement » à un statut-identité. Or, l'individu n'est pas dans des dispositions analogues à celles qui ont porté son renoncement aux drogues. Il ne s'inscrit pas non plus dans des conditions sociales aussi favorables à un tel « basculement » identitaire. L'individu n'est pas satisfait de sa situation, il souffre de la dépendance et se trouve déconcerté quant à son avenir. Pour autant, il ne formule pas fermement de « bonnes raisons » susceptibles d'amorcer son passage à une autre étape de la sortie. Il redoute la vie sans traitement ce qui entretient une oscillation entre son désir de « ne plus rien prendre » et le sentiment qu'il n'est pas prêt. A l'entrée en traitement, l'absence de représentation sur « l'après dépendance aux drogues » n'a pas fait obstacle à l'amorce du processus de sortie. Tout au contraire, la démarche individuelle a été comme facilitée par cette concentration sur l'abstinence. Sous substitution, les pensées individuelles sont également cristallisées autour du

sevrage. Mais l'individu s'interroge sur l'après traitement. Il se tient dans la crainte d'une vie sans produit ce qui freine sa décision d'amorcer un sevrage. L'individu ne se sent pas doté d'un degré de contrôle suffisamment fort pour le mener à bien. C'est pourtant un élément déterminant de « l'arrachement ». En effet, le sentiment de jouir d'une détermination « inédite » a grandement pesé dans la démarche d'arrêt de la consommation de drogues. L'individu place parfois ce sentiment au premier chef de ce qui lui a fait se dire qu'il allait s'en sortir. Pour la dépendance au produit de substitution, la représentation de la sortie est la même. L'individu ne conçoit le sevrage qu'avec l'assurance d'une volonté ou d'une force suffisamment grandes pour parer à la possibilité de consommer à nouveau. Or, il demeure irrésolu et se tient dans cette indétermination. La pensée du sevrage fait doublement obstacle à la mise en mouvement de l'individu : elle est synonyme d'incertitude et elle fait écran à toute projection à venir. L'individu « pense produit ». Il ramène l'essentiel de ses difficultés à la méthadone ou au subutex. Le caractère peu soutenable de sa situation se traduit en une langueur sourde plus qu'il ne suscite une réaction émotionnelle violente, de celle qui a déclenché son renoncement aux drogues. Il y a là un nouveau frein au passage à une autre étape de la sortie.

Le doute de l'individu ne se nourrit pas uniquement à un sentiment de faiblesse. Il tient aussi aux possibilités d'évolution qui lui sont faites ainsi qu'aux messages renvoyés par autrui. A propos de son renoncement aux drogues, l'individu ne manque pas de signaler qu'il a été motivé par la connaissance d'autres usagers qui étaient parvenus à « s'en sortir » par le biais des produits de substitution. Par contraste, il ne dispose pas d'informations aussi claires quant aux sevrages « réussis » de produits de substitution. Pas ou peu d'exemples autour de lui et un environnement proche ou soignant dont la position est ambivalente à ce propos. En effet, alors que la cessation de la consommation de drogues est fortement encouragée, les réactions sociales à l'égard des individus en traitement sont plus ambiguës. Soit parce qu'elles ne rencontrent pas la définition individuelle de la sortie, soit parce qu'elles participent de l'incertitude ressentie. Ainsi, pour certains soignants, « l'état » de patient substitué vaut pour une sortie de la toxicomanie. Celle-ci est conçue comme une maladie chronique que le traitement enraye. Une telle définition de la situation individuelle comme de la toxicomanie ne correspond pas à celle de l'individu. Celui-ci ne considère pas, ou, jamais totalement, qu'il est atteint d'une maladie chronique. Quand il convoque la

maladie pour éclairer sa situation c'est pour apaiser le tourment lié au fait qu'il est toujours dépendant. L'argument n'a jamais valeur de définition de sa situation. A ses yeux, seule l'abstinence de produit de substitution est synonyme de sortie. Toujours substitué, il estime qu'il n'est pas encore sorti.

Une telle représentation est partagée par certains soignants et par les proches en général. Ici, l'entente sur le sens de la sortie constitue un support pour l'individu. Mais il se retrouve face à une injonction contradictoire. L'entourage signifie que seul le sevrage du produit de substitution marquera la fin de son « problème ». Substitué et alors même qu'il ne consomme plus, l'individu reste porteur d'une faiblesse ou « anomalie » associée à son parcours passé. En conséquence, le sevrage, même reporté dans le futur, est encouragé. Mais, dans le même temps, l'entourage manifeste des doutes et fait part de ses craintes : est-ce que, sevré du produit de substitution, l'individu sera assez fort pour ne pas reprendre des drogues ? Autrement dit, les proches signalent qu'être en traitement, c'est être toxicomane. Dans le même temps, leur appréhension quant à l'après sevrage signifie que là non plus ils ne seront pas convaincus de la fin de la toxicomanie. Ces deux termes du positionnement d'autrui font barrage à la construction d'une « croyance » en la possibilité de se dégager de la dépendance. L'élaboration d'alternatives à une vie sous substitution s'en trouve affaiblie. Les messages renvoyés par l'entourage proche ou élargi ont des incidences sur le processus de redéfinition de soi. Ils reviennent à entériner la toxicomanie comme facteur d'identité dominant. L'identité acquise d'ex-toxicomane se présente comme irréversible parce que le passé de l'individu commande l'identification d'autrui. L'individu reste un être fragile auquel on ne peut pas totalement faire confiance quant à ses résolutions ou aptitudes à se protéger. Il y a là une première négation de ses qualités de sujet. L'individu n'est pas reconnu dans ses capacités à se faire maître et auteur de ses actes. La prépondérance de son passé dans son identité présente entraîne également une réduction de sa personne à ce « toxicomane », catégorie générale charriant nombre de stigmates. Son entourage proche ne porte généralement pas de jugement de valeur à son égard mais, pour le commun, il reste une personne peu respectable, indigne ou malade. L'individu a quitté un monde mais il n'est pas intégré en tant que personne à part entière dans le monde ordinaire. De plus, peu ou pas de place est faite à la réception de son parcours passé au titre d'expérience singulière de vie.

L'ensemble fait barrage à la redéfinition de soi sur la base d'une histoire personnelle acceptable. Dans le rapport à soi comme à l'autre, l'individu est confronté à la nécessité de gérer les oripeaux de son ancienne identité plus qu'il ne dispose de liberté pour œuvrer à la construction d'une nouvelle identité.

Finalement, les supports sociaux mobilisés pour la sortie ont tout à la fois valeur d'accompagnement de l'individu dans son évolution et de frein aux transformations à l'œuvre dans son parcours, essentiellement celles qui tiennent à la redéfinition de soi. Cette dimension de la sortie n'est pas prise en considération telle qu'elle se pose pour l'individu. De son point de vue, la reconstruction identitaire suppose un arrachement du statut d'ex-toxicomane là où l'intervention des supports sociaux contribue à en faire le facteur d'identité dominant de l'individu. Pour s'instituer « autre » l'individu doit pouvoir être reconnu pour des qualités distinctes de ce statut. Cette reconnaissance lui fait défaut. Il reste avant tout « toxicomane », c'est-à-dire dépourvu d'une autonomie suffisamment solide pour ne plus être « assisté » ; c'est-à-dire aussi vulnérable ou doté d'une personnalité pathologique. En conséquence, l'organisation du traitement, le positionnement des proches ou des soignants concourent à une négation de l'individu comme acteur et comme personne. Ses faiblesses ou traits pathologiques l'emportent sur les ressources et qualités qui font de lui un acteur social et un individu à part entière. Pourtant, les « bonnes raisons » qui portent sa démarche de sortie sont le fruit d'une maturation qui ne doit rien à l'intervention d'autrui. La détermination qui a initié le renoncement aux drogues relève aussi d'une réaction personnelle et non pas toute entière provoquée par des circonstances extérieures. Elle est synonyme d'une distance au rôle de toxicomane et elle s'est nourrie d'une résistance de l'individu à son « absorption » à l'intérieur de ce rôle. Sa détermination est encore renforcée par un ensemble de compétences acquises tout au long de la toxicomanie. Souvent multiples, les sevrages menés par l'individu ont forgé une connaissance intime de son « mal » et des subsides efficients pour le contrer. Il dispose donc d'un savoir mis au service de la sortie. Certes, il a besoin d'aides et il n'est pas capable de tenir à lui seul une logique de soin. Mais c'est la finalité de sa démarche et le parcours qu'il réalise doit en partie à l'ensemble de ses dispositions qui sont autant d'auto-supports participant au franchissement des étapes de la « carrière de sortant ». Les méconnaître ou les déconsidérer, percevoir l'individu d'abord sous l'angle de ses handicaps c'est contrarier le déroulement de cette carrière.

Dans sa forme comme dans sa nature, l'expérience individuelle de sortie se retrouve quel que soit le contexte dans lequel le traitement est suivi. Institution spécialisée ou médecine de ville, modèle médical, psychologique ou social de traitement, ne changent ni les étapes du parcours, ni les enjeux de la sortie tels qu'ils se posent pour l'individu. Nous pouvons en conclure que la sortie par les traitements de substitution suit une « logique naturelle ». De manière analogue à d'autres types de sorties d'un rôle devenu central dans la définition de soi[2], elle compte des séquences et elle est suspendue aux dispositions individuelles et conditions sociales caractéristiques de chacune des séquences. Pour l'individu, la sortie par le traitement se ramène à l'installation dans un statut-identité d'ex-toxicomane. Il se trouve confronté à une épreuve sociale et subjective : il est massivement défini par ses appartenances passées et la dépendance à un produit médiatise le rapport à soi comme à l'autre.

On peut concevoir que cette épreuve caractérise l'une des séquences du processus et non « la » sortie par le traitement de substitution. Pour l'individu, son intensité comme sa durée lui donnent le sentiment qu'il va « s'arrêter là ». Une vie sans traitement soit une « vraie sortie » est envisagée et vivement souhaitée. Mais cette aspiration ne prend pas l'épaisseur d'une réelle perspective. L'individu est comme pris dans l'incertitude. Cette tension est liée au degré d'identification au rôle de toxicomane et à l'étendue de la toxicomanie dans son histoire de vie. Pour lui comme pour autrui, le « *once an addict, always an addict* » semble érigé au rang de « vérité personnelle ». Pourtant, rien oblige à considérer que « l'arrachement » est impossible. Il est grandement affaire de regard. A la suite de Davies, nous pouvons penser que « plus nous considérerons les problèmes de drogues comme s'ils concernaient des personnes inadaptées, malades ou isolées, plus les personnes en question se couleront dans ce moule » (1992). De plus, quels que soient la détermination de l'individu ainsi que les soutiens dont il bénéficie, le temps compte parmi les données centrale du processus de sortie. De ce point de vue, nos conclusions restent limitées. Rendre pleinement compte de l'expérience de sortie supposerait une analyse de terrain prolongée sur plusieurs années.

Le type de dispositions individuelles et d'interventions extérieures peuvent accélérer la sortie. Les contextes de soin comptent parmi les conditions sociales parties

[2] Pour une analyse du processus de sortie de rôle (appuyé sur divers exemples), voir Helen Rose Fuchs Ebaugh, *Becoming an ex*, *The process of role exit*, Chicago, The University of Chicago Press, 1988. Nous rejoignons ici les analyses de l'auteur.

prenantes du processus. Ils n'en influencent ni la forme, ni l'orientation mais on peut se demander dans quelle mesure ils favorisent et/ou freinent les transformations à l'œuvre. Quel est l'impact de chaque modèle de traitement sur les processus de resocialisation et de redéfinition de soi ? Dans quelle mesure correspondent-ils à des espaces de reconnaissance de l'individu en ses qualités d'acteur social et de personne ?

Les individus rencontrés suivent un traitement dans trois contextes différents que nous avons qualifié de modèle médical, psychologique et social en lien avec les orientations dominantes dans les idéologies des soignants. En tant que pourvoyeur d'un produit, de relations et d'un encadrement, chacun des modèles « potentialise » l'énergie dont dispose l'individu pour franchir les étapes de la sortie. Son entrée en traitement est motivée par la certitude qu'il ne peut pas arrêter seul et par le sentiment qu'il a besoin d'être « tenu » et « porté ». Chacun à leur manière, les constituants du traitement y subviennent. Mais les idéologies à l'œuvre dans les divers modèles de soin influent de façon ambivalente sur l'expérience de sortie. Elles fondent des stratégies d'action limitées voire « contre-productives » quant à l'épanouissement du processus de redéfinition de soi.

Ainsi, cette dimension de la sortie est absente des conceptualisations édifiant le modèle médical. L'étiologie de la toxicomanie qui guide les soignants constitue l'individu en objet du soin. Chaque personne en traitement n'est bien évidemment ni ignorée, ni déconsidérée. Mais la toxicomanie est définie à partir de sous-bassement neurobiologiques ce qui revient à penser l'individu comme hétéro-déterminé. Celui-ci a besoin d'un médicament pour rééquilibrer le dysfonctionnement à l'origine de sa maladie. Par définition, la sortie n'est pas affaire d'engagement ou de mobilisation de ressources personnelles. Elle n'est pas non plus déterminée par l'abstinence de méthadone ou de subutex. Au contraire, la maintenance correspond au traitement d'une maladie chronique. Pour la grande majorité des toxicomanes, l'abstinence ne peut pas être atteinte. L'objectif de désintoxication ferait courir à l'individu le risque de retomber dans la dépendance et/ou de souffrir de pathologies psychiatriques diverses. Il faudrait donc renoncer à affranchir les individus de la dépendance et user du traitement comme un moyen d'enrayer le « craving[3] ». Ce faisant, l'individu est aussi protégé des conséquences sanitaires et sociales induites par la consommation de produits illicites.

[3] Besoin impérieux de produit qui pousse l'individu à sa recherche compulsive. Voir Tignol, J., « Le craving ou la passion torturante du toxicomane ». *Humeurs,* n°8, 1992.

L'individu est aidé par le médicament et le contrôle du traitement par les soignants. Son comportement le plus « efficace » consiste en l'apprentissage du « mode d'emploi » à suivre.

Ce modèle de soin contrarie l'expérience individuelle de la sortie en plusieurs points. Il correspond à une négation de l'acteur là où l'autodétermination a initié l'entrée en traitement. Il accorde au produit de substitution une place centrale pour permettre à l'individu de « s'en sortir », c'est-à-dire ici : se stabiliser en traitement, « être substitué ». L'importance du produit rencontre la définition individuelle de la « voie » par laquelle il peut « s'en sortir ». Elle apaise ceux qui disent avoir souffert de l'injonction de l'abstinence. Mais il y a là une forme de « clinique du médicament » qui est critiquable. L'approche accorde la primauté au produit là où c'est le triptyque produit/relation/lieu qui fait sens pour l'individu. Tout autant que le subutex ou la méthadone, une forme ou une autre de relation avec les soignants ainsi qu'un certain cadre donné au traitement structurent son expérience. Le produit n'est pas tout puissant. Soignants et patients doivent pouvoir poser ensemble les termes d'un échange et user de cette relation au moins autant que du produit. C'est ce qui ressort de l'expérience individuelle et il nous semble que ces dimensions doivent d'autant plus retenir l'attention que les résultats spectaculaires obtenus grâce à l'institution du substitut comme médicament et de la dépendance comme maladie tendent à occulter qu'aucune molécule ne dispose d'un pouvoir magique. Un médicament n'agit pas de lui-même et les résultats obtenus par les traitements de substitution en médecine de ville par exemple, doivent beaucoup à la collaboration entre médecins et patients et au respect de l'autonomie de chacun.

L'approche portée par le modèle médical de traitement est risquée. Elle peut alimenter une logique d'usager de drogues inclinant l'individu à « penser produit » et à considérer que la sortie est suspendue aux seuls effets d'une substance. Or, même s'il est décidé à changer, l'individu doit apprendre à se défaire de cette « équation mentale ». L'idéologie du modèle entretient la toxicomanie comme « être au monde » médiatisé par un produit. Cela revient à affaiblir l'élaboration d'une autre identité que celle de dépendant. De plus, l'étiologie de la dépendance qui est défendue offre une porte à l'adoption par l'individu d'une posture de victime, antonyme du travail de resubjectivation.

Absente du modèle médical, la problématique identitaire de l'individu toxicomane concentre les visées du modèle psychologique de traitement. L'étiologie de la toxicomanie implique ici un suivi psychologique de l'individu et les soignants ambitionnent une restructuration de sa personnalité. Loin de l'hypothèse métabolique de la dépendance, la consommation de drogues est conçue comme l'expression d'une psychopathologie. Les hypothèses élaborées sur l'origine de cette psychopathologie sont multiples. Mais, au bout du compte, l'individu est considéré comme souffrant d'un Surmoi défaillant. Il passe outre toute forme d'autorité et « s'emballe » dans une jouissance sans limite. Il s'extrait de toute relation à l'autre et n'est plus capable de faire société. Il doit donc être aidé afin de retrouver une personnalité stable et éduqué afin d'intérioriser les normes régissant les relations sociales. L'objet du traitement consiste à restaurer les défaillances de l'individu par l'imposition d'un « cadre » venant se substituer à l'instance d'autocontrôle dont il est dépourvu. L'institution, le thérapeute ou les règles du protocole exercent cette fonction d'encadrement lui permettant d'intérioriser le sens de l'autorité et d'apprendre le respect de limites. Dans cette approche, la prescription de produit de substitution peut être un moyen de « tenir » l'individu en traitement et ainsi favoriser la mise en œuvre du travail psychothérapeutique. Le produit assure une « passerelle » vers l'intervention authentiquement thérapeutique et la désintoxication constitue l'objectif final du traitement.

Ce modèle de soin est en adéquation avec l'un des enjeux majeurs de la sortie : le renforcement d'une subjectivité faible ou affaiblie. A une certaine étape du traitement, la dynamique de redéfinition de soi fait obstacle à l'épanouissement de la sortie. De ce point de vue, ce modèle constitue, *a priori*, un cadre thérapeutique des plus pertinents d'autant qu'il rencontre la définition individuelle de la véritable sortie : le sevrage de tout produit.

Pour autant, il fait de la psychothérapie le moyen de restructurer le sujet alors que tous les individus n'ont pas forcément besoin d'un tel suivi[4]. Cela marque les limites d'une telle définition de la problématique individuelle. Surtout, du point de vue de

[4] En terme de stabilisation individuelle, les traitements subutex menés en médecine de ville sans organisation systématique d'un suivi psychothérapeutique obtiennent des résultats comparables à ceux des traitements méthadone. On ne peut donc attribuer les bons résultats de ces traitements à la psychothérapie ce qui correspond pourtant à une croyance caractéristique de l'idéologie de ce modèle de soin.

l'individu, la reconstruction de soi est affaire de reconnaissance plus que restructuration psychique.

Par ailleurs, la logique soignante reste imprégnée des préceptes du modèle traditionnel d'intervention auprès des toxicomanes qui n'a pu ni tenir totalement à distance les représentations morales de la toxicomanie, ni s'affranchir de l'approche répressive adoptée dans le traitement des toxicomanies. L'approche incline à une forme d'application normative du traitement qui réfrène le travail de resubjectivation. La prise de produit y est érigée au rang de symptôme empêchant l'accès à la problématique individuelle. Drogue ou substitut, l'éradication du produit reste une priorité. L'individu souhaite parvenir à l'abstinence de méthadone ou de subutex. Mais, ici, elle n'est pas tant un objectif souhaitable qu'une norme à laquelle il doit se conformer. La prescription de produit de substitution ne change pas cet idéal d'abstinence qui confère à la désintoxication valeur d'injonction. Pour l'individu, cela avive le sentiment d'un « devoir » d'abstinence qui le place « sous-tension ».

Par ailleurs, la conception du toxicomane qui est défendue fait de l'individu un être assujetti. Il s'aliène à son produit sans plus de responsabilité puisque ce processus est commandé par des mécanismes inconscients. Hétéro-déterminé, l'individu doit s'en remettre au thérapeute, seul acteur d'une maïeutique censée le rendre à son libre arbitre. Ce postulat de l'irresponsabilité oriente également la logique de soin autour de visées éducatives. La consommation de drogues est commandée par une défaillance psychopathologique mais elle est aussi le signe d'un défaut de socialisation. Dès lors, les soignants ont en charge la formation de l'individu au sens psychologique et moral du terme. Toute entreprise médicale comporte une part de maîtrise. Ici, le contrôle inscrit dans la relation est toutefois renforcé par la fonction thérapeutique qui lui est dévolue et par la définition du toxicomane. L'individu est dépourvu de toute aptitude à l'autonomie. Il doit être pris en charge. Education et psychothérapie sont fondues ensembles et sous-tendues par un objectif d'encadrement du sujet. Cela contrarie la mise en œuvre d'une véritable clinique du sujet. En effet, elle implique la suspension de tout jugement moral et l'établissement d'une relation thérapeutique détachée de toute forme de commandement. L'attitude réfractaire des individus aux suivis psychologiques conçus sous l'angle d'une volonté de pouvoir disqualifiant leur individualité, n'est pas étrangère à ce type de logique soignante. Pour partie, les critiques qu'ils formulent à l'égard des « psy » font écho à des expériences de suivis psychologiques arrimés à une

« morale de l'abstinence ». Ces individus associent la psychanalyse ou la psychothérapie à des prises de pouvoir consacrant leur marginalité. Une telle représentation découle d'une perméabilité à l'idéologie dominant le système traditionnel d'intervention auprès des toxicomanes. Pendant près de 20 ans le paradigme psychanalytique et les dispositifs légaux et moraux de répression et de stigmatisation des toxicomanes ont entretenu des liens pour le moins ambigus. Les premiers contribuant finalement à l'épanouissement des seconds. Héritier de cette « tradition », le modèle psychologique de traitement peut confirmer l'individu dans un rejet de toute investigation psychologique. Paradoxalement, l'individu peut adhérer aussi à l'étiologie du modèle. En effet, elle lui donne des arguments permettant de rationaliser son parcours en se dégageant de toute responsabilité. Dans les deux cas, le travail de redéfinition de soi s'en trouve invalidé.

Contrairement aux deux premiers modèles de traitement, celui que nous avons qualifié de « modèle social » assure une pleine reconnaissance de l'individu en ses qualités d'acteur. L'une de ses visées consiste précisément à restituer aux toxicomanes leur citoyenneté par la suspension de tout jugement moral[5] et la reconnaissance de leurs aptitudes à se conduire avec raison. C'est rendre à l'individu une dignité essentielle à la reconstruction d'une estime de soi. Le modèle s'écarte de toute étiologie de la toxicomanie et renvoie dos à dos les hypothèses métaboliques ou psychologiques de la dépendance au profit d'une conception de l'usager de drogues comme être social capable d'autodétermination et doué de compétences. L'individu est dégagé de tout enfermement dans l'hétéronomie. Cela renforce les ressources qu'il met en œuvre dans son expérience de sortie. Parallèlement, l'approche déconstruit les représentations sociales stigmatisantes de la toxicomanie. Elles ont favorisé une exclusion des toxicomanes dont les incidences sanitaires et sociales ont pris une ampleur inédite à l'heure de la pandémie du virus du sida et des hépatites. Sur ces bases, le modèle se donne des exigences essentiellement pragmatiques justifiées par des arguments de santé publique. Consommateur de drogues, l'individu doit pouvoir bénéficier de tous les « outils » lui permettant de se protéger contre les risques liés à sa pratique. Quand il prend la décision d'arrêter, sa détermination et son appréciation des situations gagnent à être associées aux compétences des intervenants. La toxicomanie entre dans le champs

[5] Ce qui vaut également pour le modèle médical considérant les individus comme des « malades ordinaires ».

de la médecine indépendamment de l'étiologie neurobiologique qui fait de l'individu un objet des interventions soignantes. Cela influe positivement sur le franchissement des étapes de la sortie.

Néanmoins, la logique soignante favorise une stratégie de la substitution orientée vers la communauté des usagers de drogues. La protection du groupe l'emporte sur l'organisation d'un traitement à part entière, l'offre de soins ou « soulagement », sur une thérapeutique individualisée. L'approche réduit l'espace de prise en compte de la dynamique de redéfinition de soi nécessaire à la sortie. Le refus de porter un jugement sur la consommation de drogues déleste l'individu des stigmates écrasant toute estime de soi. Mais le pragmatisme dominant l'objectif de « réduction des risques » peut dériver vers une offre de services laissant de côté la désidentification d'avec le rôle de toxicomane. Le soutien requis par la singularité de chaque trajectoire de sortie n'est pas ignoré. Le suivi psychologique et social de chaque individu en traitement est recommandé dans l'offre de soins. Néanmoins, la prépondérance accordée à la protection de l'usager présente le risque de reléguer cette partie du soin au second plan. La logique du modèle est contraire à toute forme de confinement du traitement des toxicomanes dans le cadre d'institutions spécialisées. Elle ambitionne une libéralisation de ce traitement. La volonté d'inscrire le traitement dans le cadre d'une médecine générale n'est pas exempte du risque de dériver vers une nouvelle forme de « clinique du médicament ».

Chacun à sa manière, les trois modèles de traitements favorisent et contrarient le processus de sortie. Ils forment un support indéniable pour le dégagement de la dépendance aux drogues et du mode de vie cristallisé autour de la recherche et de la consommation de drogues. De ce point de vue, ils sont en pleine adéquation avec les besoins et aspirations de l'individu au moment du renoncement aux drogues. Leur efficacité ne peut donc être contestée. Ces traitements soulagent considérablement l'individu : il a changé de vie. Néanmoins, l'abstinence de drogues, l'amélioration de la situation sociale et sanitaire entre autres indicateurs d'efficacité recensés dans les études et retenus par les individus, n'épuisent pas leur expérience de sortie. Ce sont des conditions nécessaires mais non suffisantes à la réalisation de la sortie telle que la conçoit l'individu. Pour lui, elle reste affaire de sevrage du substitut et cette dimension est d'autant plus importante que la dépendance physique a des résonances identitaires.

Substitué, l'individu n'est pas dégagé d'un rapport à soi l'empêchant de bâtir une relation positive à lui-même comme à l'autre.

Or, compte tenu de leurs caractéristiques, chaque modèle de traitement participe à l'installation de l'individu dans un statut de substitué. Si l'on associe à cela les difficultés qui émanent de ses propres faiblesses ou du contexte plus général qui accompagne sa sortie, on peut légitimement s'interroger sur ses possibilités de s'affranchir de ce statut. Doit-on considérer que la sortie par le traitement se ramène définitivement à l'installation dans un statut-identité d'ex-toxicomane ? Si non, à quelles conditions la sortie de ce statut est-elle envisageable ?

La prise de produit de substitution à vie n'est ni une fatalité, ni l'issue la plus probable du parcours de sortant. Aucune des études d'évaluation des traitements ne permet de soutenir cette thèse sans conteste. A moins de concevoir la toxicomanie comme une maladie chronique et le traitement de substitution sous l'angle de la maintenance, ce qui n'est qu'un paradigme parmi d'autres. Certes, dans la réalité, les pourcentages de sevrages sont faibles. Ils oscillent entre 6 % et 10 % selon les études (Rosenbaum *et al.*, 1988). Néanmoins, cette réalité est aussi le fruit des représentations dominantes sur la toxicomanie et les traitements de substitution. Ainsi, la méthadone par exemple, est souvent conçue ou présentée comme un produit dont il est particulièrement difficile de se sevrer. Cela incline au pessimisme et incite les soignants comme les patients à repousser l'idée du sevrage par crainte d'un échec. Une étude montre que la réussite du sevrage est estimée à 10 % par les soignants, 14 % par les patients (Gold *et al.*, 1988). Cette appréciation de la situation détermine la décision de poursuivre ou de quitter le traitement. Pourtant, une autre étude évalue entre 28 % et 84 % la probabilité de mener un sevrage de méthadone à son terme (Sorensen *et al.*, 1984). Il est donc difficile de statuer sur la question du sevrage. Les études avancent des pourcentages, généralement faibles, mais on ne peut pas en conclure que les individus qui restent en traitement ne « peuvent » pas être sevrés. En revanche, il est essentiel d'identifier les obstacles à la décision de débuter un sevrage ainsi que les conditions de possibilités les plus favorables à une telle issue de l'expérience individuelle de sortie.

On sait que les individus ne sont pas identiquement armés pour mener un sevrage de méthadone à son terme. Le degré de ressources[6] et de réhabilitation sociale compte

[6] Parmi ces ressources, on compte notamment l'exercice d'un emploi, l'aptitude à avoir maintenu un mode de vie ordinaire et non totalement centré sur la consommation de drogues.

parmi les facteurs de réussite (Rosenbaum *et al.*, 1988). Néanmoins, ces caractéristiques ne suffisent pas à déterminer l'évolution des individus. La durée du traitement joue un rôle majeur dans le parcours de sortie. De ce point de vue, en France, l'introduction tardive des traitements de substitution dans le système de soins aux toxicomanes ne permet pas de disposer d'un recul suffisant pour apprécier l'efficience des divers programmes en termes de sevrage. Ce n'est pas le cas si l'on se tourne du côté des expériences étrangères et américaines en particulier. Ici, les traitements méthadone existent depuis les années 1960. Mais la question du sevrage a été reléguée au second plan des objectifs de la substitution parce que la conception dominante en a fait une stratégie de maintenance ou parce que le défaitisme a emporté les représentations des soignants relayant en cela l'opinion commune quant à l'irréversibilité de la dépendance. A ce jour, on ne peut pas affirmer que la majorité des individus débutant un traitement de substitution sont voués à rester en traitement. En revanche, il est clair qu'une telle croyance, peut allonger la durée du traitement qui plus est quand elle s'appuie sur une étiologie faisant de la toxicomanie une maladie chronique. On touche ici à une controverse qui peut opposer les médecins aux sociologues ou la théorie médicale de la dépendance à l'expérience de l'individu. Ainsi, on sait que si la dépendance est avérée, elle doit être traitée comme une maladie chronique : à l'aide d'un médicament susceptible de rééquilibrer le dysfonctionnement neuronal. Mais est-ce à dire que ce dysfonctionnement est irréversible ? La question s'adresse aux médecins mais elle concerne aussi les sociologues et plus encore les individus en traitement. Chaque partie ne se penche pas sur le même niveau de réalité. Pour l'individu, la théorie métabolique de la dépendance se ramène à la prescription d'une identité de « dépendant » et à l'enfermement dans l'impuissance. Or, c'est précisément ce contre quoi il doit lutter pour donner un sens à son parcours. En conséquence, il semble que le regard porté sur le traitement comme sur les individus substitués pèse d'un poids tout à fait significatif sur la réalisation du parcours de sortie. Seule une conception de la substitution développant une croyance en la possibilité du sevrage de substitut favorise l'arrachement du statut d'ex-toxicomane. Soit parce qu'elle alimente le sentiment d'une aptitude à s'affranchir de la dépendance, soit parce qu'elle permet à l'individu de cesser de se concevoir comme « un dépendant ». D'un côté les capacités d'actions et d'autodétermination sont renforcées, de l'autre, la prépondérance de l'identité de toxicomane cède la place à d'autres facteurs d'identité. Paradoxalement, la stratégie de substitution la plus en

adéquation avec les dispositions individuelles de sortie doit pouvoir allier une défense du sevrage comme finalité du traitement et une « banalisation » de la prescription du produit. Concrètement, l'individu ne peut pas concevoir sa sortie de la dépendance aux drogues, si l'accès au produit de substitution est limité par trop de contraintes avant ou au cours du traitement. Parallèlement, il ne saurait se projeter ni dans une vie sans traitement ni dans une autre réalité subjective si le produit prend toute la place dans la définition de soi ou l'identification d'autrui une fois en traitement. Il s'agit donc d'accorder une importance majeure à la prescription de produit et d'ôter à ce même produit toute importance une fois que l'individu en dispose afin que s'ouvre un espace de relation à l'autre, condition de la redéfinition de soi. La psychothérapie propose un travail de reconstruction de soi fondé sur la relation avec le thérapeute. Mais ses postulats ou le contenu de la relation d'aide proposée ne sont pas forcément une réponse adéquate au basculement de l'individu vers une nouvelle identité. En revanche c'est bien la relation avec un intervenant soignant ou extérieur qui est thérapeutique pour la construction d'une identité non totalement usurpée par le rôle de toxicomane. Là se jouent la restauration d'une estime et d'une confiance en soi, l'établissement d'une reconnaissance réciproque déterminant le renforcement de la subjectivité individuelle. L'impératif d'une reconnaissance de l'individu dépasse le cadre de la relation thérapeutique. Il engage la société entière. En France, une politique de réintégration à la fois sociale et psychologique des usagers de drogues est encore à construire.

Annexe A

LES TRAITEMENTS DE SUBSTITUTION. CONNAISSANCES ET EFFICACITÉ

I) L'efficacité des traitements

Bien que récemment introduite en France, la pratique de la substitution existe depuis près d'un siècle dans le traitement des toxicomanes. Dès la fin du siècle dernier, l'héroïne a par exemple été utilisée dans le traitement de malades opiomanes. Les traitements de substitution à la méthadone[1] ont été expérimentés pour la première fois au début des années 1960 aux Etats-Unis. Dole et Nyswander, précurseurs en la matière, disposaient d'une conception propre de la toxicomanie comme de ces traitements. A leurs yeux, la toxicomanie devait être considérée comme une maladie chronique contre laquelle les sanctions pénales n'étaient d'aucune efficacité. Ils considéraient le mode de vie des toxicomanes comme anormal. En conséquence, le traitement devait viser le rétablissement de leur aptitude à mener une vie normalement structurée et productive.

Dès les premières expérimentations lancées par Dole et Nyswander de nombreuses évaluations furent menées sur ces traitements, au point qu'ils constituent aujourd'hui la modalité de traitement la plus largement étudiée. Les multiples travaux sont recensés dans plusieurs rapports du National Institute of Drug Abuse (NIDA) qui retient plus de 2000 références et quelques 300 rapports[2]. A consulter les multiples recherches menées, il apparaît qu'au-delà de nombreuses controverses encore actuelles, l'efficacité de ces traitements n'est plus à démontrer. A la nuance près que cette notion d'efficacité est toujours relative aux critères retenus dans les études et aux variations de

[1] La méthadone a été synthétisée pour la première fois pendant la seconde guerre mondiale par un chimiste allemand. Elle a alors été utilisée pour pallier le manque de morphine donnée aux soldats ou utilisés dans les hôpitaux de guerre.

[2] Parmi ces rapports du NIDA, on pourra consulter les suivants : Cooper, JR., Altman, F., Brown, B., Czechowicz D (eds), 1983, *Research on the Treatment of Narcotic Addiction, state of the Art* (ADM) 83-1281, NIDA Research Monograph Series, Rockeville US Department of Health and Human Service ; TIMS FM LUDFORD JP (eds), 1984, *Drug Abuse Treatment Evaluation Strategies, Progress and Prospect,* (ADM) 84-1329, Rockville, Rockville US Department of Health and Human Service, National Institute of Drug Abuse.

résultats liés à des postulats et méthodologies irréductibles les uns aux autres. Les nombreuses évaluations dessinent des tendances quant aux conditions à réunir en vue d'une efficience optimale des programmes et aux résultats qu'il est possible d'en attendre.

I.1) Evaluer l'efficacité des traitements : des données toujours relatives

La disparité des méthodologies adoptées dans l'ensemble des études menées empêche toute tentative de comparaison des résultats. Les biais ou imperfections nécessairement présents dans chacune d'entres elles participent également de la prudence de rigueur à la lecture des résultats avancés. Ceci d'autant plus, que ces biais ou disparités méthodologiques sont souvent de taille. D'emblée, les conceptions ou opinions des chercheurs quant à la nature du traitement, maintenance ou substitution, façonnent la construction des catégories utilisées par la suite pour mesurer l'efficacité du traitement. Par exemple, selon que l'on conçoit le traitement méthadone en termes de maintenance ou de substitution, un pourcentage élevé de patients abstinents d'opiacés mais non sevrés de méthadone, sera considéré comme un indicateur favorable de sortie de la toxicomanie dans le premier cas et non dans l'autre. Même, peut-on conclure à la pleine réussite ou faillite du traitement à la lumière de ce critère d'abstinence aux drogues ou substitut quand on sait que la sortie de la toxicomanie est un processus inscrit dans une dynamique de long terme et émaillé de périodes de reprises de consommation de drogues ?

Plusieurs critères sont retenus dans les études à titre d'indicateurs d'efficacité du traitement. L'effet du traitement est souvent mesuré sur l'usage de drogues, les pratiques délinquantes, l'insertion professionnelle, la mortalité, l'accès à l'abstinence et plus rarement sur l'amélioration du comportement, le système relationnel, le mode de vie, la dépression, l'amélioration de l'état de santé, ou la réduction de pratiques à risques.

Non exhaustive cette longue liste témoigne déjà de la difficulté de cerner la notion de sortie ou arrêt de la toxicomanie, et, partant, du lien que l'on peut établir entre cette notion et l'action du traitement. D'autant que les études ne retiennent jamais le même nombre d'indicateurs pas plus qu'elles ne définissent ces indicateurs dans les mêmes termes. Certains d'entre eux s'avèrent de plus particulièrement difficiles à évaluer. Par exemple l'amélioration de la qualité du mode de vie et du système relationnel de

l'individu est partie prenante d'une évolution de l'individu vers une sortie de la toxicomanie. Pourtant, aucun critère ne permet de circonscrire convenablement cette dimension de la sortie. « L'amélioration de la qualité de vie n'a pas été étudiée, principalement parce que le point de vue des patients n'a pas été pris en compte, à l'exception de quelques tentatives[3] » (Dale *et al.*, 1992).

La constitution d'un échantillon représentatif compte parmi les biais des études sur l'efficacité des traitements. Comment apprécier les résultats d'études menées sans groupe témoin, quand tout porte à croire que les profils et carrières des usagers en et hors traitements ne sont pas les mêmes[4] ? Et peut-on décemment écarter des traitements des individus y ayant accès pour les besoins d'une recherche nécessitant un groupe témoins de sujets sans traitement ? Les études dépassant ce biais ne reposent pour autant pas sur des échantillons parfaitement fiables dans la mesure où il est difficile de rapporter de manière satisfaisante le profil des usagers de drogues. Les variables classiques telles que l'âge, le sexe, la nationalité etc. sont aisément identifiables mais la construction de profils fiables nécessite l'établissement de diagnostics beaucoup plus complexes. A cet effet, des instruments d'évaluation – Addiction Severity Index – ont été élaborés qui parent relativement à cette difficulté. Mais l'appréciation des études de cohortes doit tenir compte du fait que les diagnostics établis au début puis en cours de traitement sont toujours et nécessairement partiels.

Au-delà de ces réserves, qui conduisent parfois à des contradictions entre les résultats de diverses études, un certain nombre de données sont établies quant à l'efficacité des traitements de substitution et quant aux conditions nécessaires à cette efficacité. Les études mettent en avant, les incidences des traitements sur l'évolution des patients d'un côté, l'efficacité des divers types de traitement d'autre part.

[3] Extrait d'un article rédigé par Anne Coppel sur l'évaluation des traitements à la méthadone et qui n'a pas été publié à notre connaissance.

[4] Ceci notamment du fait d'une sélection des usagers à l'entrée en traitement, sélection due aux conditions posées par les institutions ou au choix des individus en fonction de l'état de leur rapport à la consommation de drogues.

I.2) Evolution des patients et caractéristiques des traitements, les principaux résultats[5]

La consommation de drogues

L'ensemble des études menées attestent d'une réduction notable de la consommation de drogues illicites ainsi que des pratiques d'injections des usagers en traitement de substitution. La diminution de l'injection peut-être appréciée de deux points de vue. Elle est synonyme d'une amélioration quant à la gravité de la toxicomanie, elle est aussi synonyme de moindres risques pris par les usagers encore consommateurs. La consommation d'héroïne ne s'arrête pas à l'entrée en traitement, mais elle diminue fortement dans le temps jusqu'à disparaître pour un pourcentage important de patients. 2200 individus ont été interrogés aux Etats Unis avant et après l'entrée en traitement sur une période de trois ans (Treatment Outcome Prospective Study TOPS) ; Hubbard *et al.*, 1989). Les résultats montrent que 70 % des patients avaient réduit leur consommation de drogues après un an de traitement.

Une étude menée sur un groupe de 617 patients en traitement méthadone va dans le même sens et montre que la diminution de la consommation de drogues s'accentue dans le temps. Sur les 617 personnes de l'étude, 77 % de ceux qui étaient toujours en traitement après 6 mois étaient abstinents d'héroïne et 92 % abstinents de toute drogues. Parmi ceux qui étaient toujours en traitement après 4,5 ans, 92 % étaient abstinents d'héroïne et 96 % de toutes drogues. L'usage de sédatifs, de cocaïne, de barbituriques et d'amphétamines avait également diminué même si les pourcentage sont plus faibles pour ces deux derniers produits (Ball, Ross, 1991). S'agissant de l'injection, la réduction est de 71 % de 6 mois à 4,5 ans mais avec des écarts importants. Selon les programmes inclus dans l'étude, cette réduction varie de 9,8 % à 57,1 %. La consommation d'opiacés diminue donc de manière tout à fait significative au cours du traitement de substitution, celle des autres drogues aussi même si les études soulignent la persistance de consommations problématiques d'alcool et de cocaïne notamment (Desjarlais *et al.*, 1981).

[5] Un certain nombre de référence présentées ici sont extraites d'une synthèse de la littérature sur les traitements méthadone proposée par Platt et al., dans « Methadone Maintenace Treatment : Its development and effectiveness After 30 Years », *Heroin in the age of crack-cocain, Drugs, Health and Social Policy Series, Vol 6*, Sage Publications, 1998.

Les activités délinquantes

La réduction des activités délinquantes est un autre indice de l'efficacité des traitements. Compte tenu du pourcentage de criminalité mesuré avant l'entrée en traitement, une étude montre une diminution variant du 1/3 à la moitié après 3 ans de traitement (Hser *et al.*, 1988). Le temps joue favorablement dans le sens de la réduction de la criminalité. Les traitements de long terme obtiennent de meilleure résultats que ceux de court ou moyen termes en matière de réduction de la criminalité (Bell *et al.*, 1992). En la matière, des auteurs ont montré que les maintenances à la méthadone étaient plus efficaces que les mesures répressives adoptées sur des usagers de drogues ne recevant pas de méthadone (Anglin, Powers, 1991).

L'insertion professionnelle

L'efficacité des maintenances à la méthadone a également été montrée en termes d'insertion professionnelle. Seuls 24,2 % des personnes en traitement méthadone recensées dans l'étude TOPS disposaient d'une activité professionnelle. Après 2 ans de traitement, de 17 % à 29 % des patients avaient trouvé un emploi (Hubbard *et al.*, 1989).

Les pathologies

L'effet des traitements sur les transmissions du HIV a également fait l'objet d'évaluation dans différentes études. Toutes concluent à l'efficacité des traitements quant à la séroconversion des individus. Parmi elles, Metzger *et al.*, (1993) ont comparé le pourcentage de séroconversion entre deux groupes d'individus, les uns inscrits dans un traitement méthadone, les autres sans traitement. L'étude montre que ces derniers avaient six fois plus de chance de contracter le virus que les individus suivant le traitement.

Par rapport à la population générale, le risque de troubles psychiatriques des toxicomanes est 7 fois plus élevé[6]. Pourtant, le rôle des psychothérapies dans la réduction de ces troubles, bien que relativement bien exploré, n'a pu être mis à jour sans conteste. La psychothérapie systématique est une réponse inadéquate puisque les

[6] Pour une présentation des troubles et co-morbidité psychiatriques des usagers de drogues, voir Barrow Sue, M., *Usages de drogues et comorbidités psychiatriques. Synthèse des recherches américaines*, Document du Groupement de Recherche Psychotropes, Politique et Société, n°3, Octobre-Décembre 1999.

individus ne souffrant pas de troubles psychiatriques n'en ont pas forcément besoin (Woody *et al.*, 1985). En revanche, les patients affectés de troubles psychopathologiques moyens ou sévères tirent bénéfice de ce type d'interventions, aux dires d'une seule étude recensée par Annie Mino (1995). Le soutien psychosocial – ou *counselling* – est utile à tous les patients. Plus précisément, ce serait la variable personnelle – la relation avec le *counsellor* – qui serait significative pour rendre compte de cette efficacité (Mac Lellan *et al.*, 1988).

La mortalité

L'impact des traitements sur la mortalité des usagers de drogues est difficile à évaluer dans la mesure où « on ne dispose d'aucune étude de cohorte permettant de mesurer la mortalité (taux annuel de décès) dans une population de sujets en traitement de substitution par subutex ou d'ailleurs par la méthadone » (Facy, 1998). En France, les données disponibles émanent de deux sources. L'Office Central pour la Répression du Trafic Illicite de Stupéfiants (OCRTIS) qui recense les overdoses à partir des procédures judiciaires et le Réseau national de santé publique qui recense les décès par sida des usagers de drogues par voie intraveineuse. Ces données attestent d'une nette tendance à la diminution des overdoses (baisse de 60 % entre 1994 et 1997). Après une constante progression du nombre d'overdoses depuis le début des années 1970 jusqu'en 1994, à Paris, le nombre d'overdoses recensé est passé de 564 en 1994 à 143 en 1998[7]. L'Observatoire Français des Drogues et Toxicomanies (OFDT), attribue cette diminution à la mise en place de la politique de réduction des risques et des traitements de substitution en particulier. Le nombre de décès par sida a lui été divisé par 3 entre 1994 et 1997. Le Réseau national de santé publique a recensé 1037 décès par sida chez les usagers de drogues par voie intraveineuse en 1994, 267 en 1997. Cela dit, ces données restent à relativiser, tant le repérage de décès lié à l'usage de drogues est délicat et n'est établi, en France, que sur la base d'une définition très stricte. Au contraire de l'Allemagne ou de la Suisse par exemple, la France ne compte que les cas de « surdoses » au sens strict, ainsi que les accidents liés aux conditions d'administration de la substance constatés par les services de police et de gendarmerie » (Groenmeyer, 1996). « La surdose est définie comme une mort violente, suspecte, suscitant une enquête policière qui constate un contexte d'usage de drogues ». Les deux autres pays,

[7] L'âge moyen des personnes décédés à cette date est de 30 ans, il était de 25 ans en 1986.

utilisent des définitions plus larges, incluant, les décès consécutifs à une longue toxicomanie, aux accidents liés aux modes de vie des usagers de drogues, ainsi que les suicides. De plus, à l'image de les analyses réalisées par Merllié quant aux biais qui se posent à chaque étape de la construction d'un outil statistique objectivant les taux de suicide, on peut noter une évidente sous-estimation de la mortalité des toxicomanes liée aux conditions de découverte, d'interprétation et, partant, de classement du décès. (Merllié, D. et al., 1989, p. 163-174). Il arrive par exemple, que le médecin appelé pour constater le décès, choisisse d'éviter la procédure judiciaire pour épargner l'entourage de la victime. Le décès n'est alors pas comptabilisé dans les statistiques de l'OCRTIS. Concernant les données fournies par le Réseau national de santé publique, l'OFDT estime à 20 %, le taux de sous-estimation. La mortalité très partiellement connue, est donc déjà sous-estimée dans les statistiques disponibles. Cela dit, l'effet attesté des traitements de substitution sur les pratiques à risques des usagers de drogues peut amener à faire l'hypothèse que les usagers en traitement sont relativement plus protégés que ceux hors traitement concernant le risque de mort. Le traitement de substitution n'élimine pas les risques d'overdose ou de contracter le virus du sida, des hépatites B ou C, mais il permet de faire sensiblement diminuer les pratiques à risques. L'échange de seringue augmente pour les usagers hors traitement alors qu'il diminue de 43 % pour les patients en traitement (Ball *et al.*, 1988). Sur les 323 sujets inclus dans une étude portant sur les pratiques à risques, 38 % avaient abandonné les injections d'héroïne après un mois de traitement, 42 % continuaient d'en consommer mais sans échanger leur seringue. Seuls 20 % continuaient d'injecter de l'héroïne en échangeant leur seringue (Metzger *et al.*, 1991).

L'ensemble des résultats ou tendances évoqués ici démontre une efficacité certaine des traitements de substitution. Le degré d'efficacité observé sur les divers critères varie du fait de différences de méthodologie d'une part, mais aussi parce que les études ont montré que, pour agir au mieux de leur efficacité, les traitements devaient être organisés selon des critères pratiques précis. Autrement dit, on peut mesurer l'efficacité des traitements à l'aune de l'évolution des patients d'un côté mais aussi à l'aune des pratiques médicales. Sur ce point, les traitements de substitution ont aussi fait l'objet de comparaison avec d'autres modalités thérapeutiques.

I.3) Efficacité des traitements et pratiques médicales

La nature de l'offre de soin n'a fait l'objet d'évaluation que tardivement. Pourtant, dès que les auteurs se sont penché sur cette dimension de l'efficacité des traitements, des différences tout à fait significatives ont pu être mises à jour, entre divers types d'organisations des traitement méthadone ou entre différentes thérapeutiques. A l'origine de ce questionnement sur les pratiques médicales, on trouve les sévères critiques portées aux traitements de substitution à la méthadone qui ont fait suite à l'engouement des premières expérimentations aux Etats Unis. Les succès initiaux ont conduit à une multiplication rapide des programmes. Constituées de manière expéditive, des équipes peu formées ont du faire face à une vague de demandes émanant de toxicomanes aux profils très divers et sans doute différents de ceux qui suivaient le traitement jusque là puisque les critères de sélection à l'entrée n'étaient plus aussi stricts. Dans ces conditions, les équipes se sont laissées déborder. La médiocrité des résultats associée à de nombreuses dérives (overdoses, méthadone sur le marché noir) ont conduit à la fermeture de nombreux centres et à la réduction des crédits alloués jusque là aux traitements. Cette expérience a réorienté les interrogations des chercheurs. Les traitements méthadone ne peuvent être conçus comme un ensemble homogène. Les doses prescrites, les durées de traitement, les suivis psychologiques et sociaux assurés dans les divers centres forment cette « boîte noire » du traitement partie prenante de l'efficience du soin.

Délivrer une dose satisfaisante de produit

S'agissant de la méthadone, les études ont montré l'importance du produit en lui-même. La méthadone a bien une action tout à fait fondamentale, l'effet placebo ne fonctionne pas (Newman *et al.*, 1979). Pour être efficace, la méthadone doit être délivrée à une dose suffisante, celle qui permet au patient de ne sentir aucun phénomène de manque pendant 24 h. Cette dose a été établie à 60 mg, l'équivalent pour le subutex est 8 mg. Malgré tout, ces doses peuvent ne pas convenir à certains patients stabilisés au-delà. Or, la délivrance d'une dose satisfaisante pour les patients compte parmi les critères attestés de l'efficacité du traitement (Hassavy *et al.*, 1981).

Trouver la bonne « quantité de traitement »

En plus d'une bonne utilisation du produit de substitution, le traitement doit offrir une quantité suffisante de services psychologiques et sociaux. L'efficacité de la délivrance de méthadone sur la diminution de la consommation de drogues dans des centres de traitements dits « bas seuils » (sans ou avec peu de services psycho-sociaux) a été démontrée (Yancovitz *et al.*, 1991). Dans cette étude, 301 personnes volontaires pour un traitement mais inscrites sur une liste d'attente ont reçu 80 mg de méthadone dans l'attente de leur admission. A un mois de ce traitement « bas seuil », 71 % de ces personnes avaient des urines négatives aux opiacés. Ce résultat a amené les chercheurs à s'interroger sur l'efficacité des services psycho-sociaux offerts dans les programmes méthadone. Est-ce que la délivrance seule de méthadone pouvait être d'une efficacité analogue à une délivrance avec suivi psychologique et social ? Un grand nombre d'études a montré que ce n'était pas le cas. Parmi elles, Mac Lellan *et al.*, (1993) ont comparé l'effet de trois « quantité de traitement associé » pendant 24 semaines avant de conclure qu'une faible quantité de traitement associé était nettement moins efficace sur la réduction de la consommation de drogues ainsi que sur la stabilisation psychologique. Inversement, c'est dans un cadre de traitement associé le plus intensif, que les auteurs enregistrent les meilleurs résultats sur l'ensemble des facteurs testés[8]. Cette conclusion soulève des interrogations quant à l'efficacité des traitements mis en œuvre en médecine de ville où l'accompagnement psychologique et social ne peut pas toujours être assuré avec la même intensité que dans des institutions. Préoccupant, le questionnement ne doit pas conduire à des conclusions hâtives quant à une moindre efficacité de ce type de traitement ne serait-ce que parce que les profils de patients peuvent différer, l'ensemble des usagers de drogues ne nécessitant pas le même type ni la même quantité de soutien. Une étude montre par exemple que les divers patients ne sont pas identiquement « armés » face à la réussite du sevrage de méthadone. Les patients les plus enclins à mener ce sevrage à bien sont ceux qui disposent du degré de ressources et de réhabilitation sociales le plus élevé[9] (Rosenbaum *et al.*, 1988).

[8] Consommation de drogues, stabilisation psychologique, criminalité, insertion professionnelle et sociale, état de santé.

[9] Le niveau d'éducation des patients, l'exercice d'un emploi ou non, l'aptitude à avoir maintenu un mode de vie ordinaire et non totalement structuré autour de la consommation de drogues, comptent parmi ces ressources favorisant le sevrage de méthadone.

Une équipe formée et motivée

Pour être efficace, la délivrance de méthadone et de services psychologiques et sociaux doit aussi être menée par une équipe compétente et motivée. La qualité de la relation nouée avec les soignants est un facteur fondamental d'efficacité, elle est considérée comme le deuxième déterminant de la réussite après le produit par certains patients (Deglon, 1995). Des équipes adoptant des attitudes positives et chaleureuses à l'égard des patients, montrant une certaine flexibilité afin d'individualiser les réponses favorisent l'évolution du patient (Gottlieb *et al.*, 1990). La négociation du traitement avec le patient compte également parmi les facteurs optimisant l'efficience du programme

Le pourcentage de pratiques à risques maintenues ou abandonnées en traitement varie également en fonction du type de traitement. Les résultats obtenus dans les maintenances méthadone sont supérieurs à ceux des autres traitements. Cette donnée se maintient même quand les soignants contrôlent plus fréquemment les injections et les urines des patients (Longshore *et al.*, 1993).

Le rôle du temps

L'ensemble de ces caractéristiques sont nécessaires à l'établissement d'un programme de soin efficace. L'action de chaque facteur de soin croît avec le temps. Et nombre d'auteurs s'accordent à dire que la durée du traitement est le principal facteur d'efficacité (Perkins & Richman, 1972). De ce point de vue, les maintenances à la méthadone présentent un « taux de rétention » des patients en traitements, supérieur à d'autres modalités thérapeutiques, sans doute parce que la méthadone permet de réduire fortement « le *craving* » pour l'héroïne (Bass & Brown, 1973). Après 6 mois, 70 % des patients seraient toujours en traitement méthadone contre 49 % pour les cures de sevrage (Bass & Brown, 1973). Le programme DARP a permis de montrer que la durée moyenne de traitement s'élevait à 1 an pour les maintenances à la méthadone, moins de 4 mois pour les communautés thérapeutiques, entre 1 et 2 mois pour les sevrages en ambulatoire et moins de 5 mois pour les cures de sevrages en institution (Sells, 1979). La durée du traitement varie également entre les programmes méthadone selon que les pratiques soignantes s'écartent plus ou moins des conditions d'efficacité requises pour les doses délivrées et la quantité de services psychologiques et sociaux proposés. Une étude portant sur 113 programmes méthadones répartis dans 11 états des Etats Unis

montre que les programmes adoptant une politique de délivrance flexible – c'est-à-dire n'imposant pas la même dose à tous les patients – ont les plus hauts scores de rétention (Brown *et al.*, 1983). Les patients recevant les plus faibles doses de méthadone ont moins de chance que les autres d'être toujours en traitement au bout d'un an (Craig, 1980).

Les maintenances à la méthadone présentent une efficacité égale ou supérieure aux autres traitements sur les diverses dimensions étudiées de l'évolution des patients. Qu'en est-il concernant le processus de sortie de la toxicomanie ?

Mesurer l'efficacité des traitements sur cette question suppose un point de comparaison par rapport aux sorties hors traitement. Des études de ce type ont été menées aux Etats-Unis. La première porte sur 7234 usagers inscrits au registre du bureau fédéral des narcotiques en 1935 (Winick, C., 1962). L'étude établit une corrélation entre la durée de la consommation et la sortie de la toxicomanie. La sortie est corrélée au temps. En 1960, la majorité des 7234 usagers avaient cessé de consommer des drogues. La durée moyenne de la toxicomanie s'élevant à 8,6 ans. Ces résultats renversent les croyances communes en l'irréversibilité de l'usage de drogues. Elles battent également en brèche celles qui font du toxicomane un individu dépourvu de toute volonté et aptitudes pour arrêter de consommer. Les toxicomanes peuvent abandonner leurs usages de drogues, certains le font sans l'aide de traitement.

Quels sont les résultats obtenus par les traitements comparativement à ces sorties hors traitement ?

L'accès à l'abstinence ou sevrage de toutes drogues est sans doute la première question que l'on se pose quand on songe à l'efficacité d'un traitement, ici, le traitement de substitution. Nous avons souligné la dimension restrictive de ce facteur si l'on souhaite considérer la notion de sortie de la toxicomanie que la seule abstinence ne saurait suffire à définir. Rappelons également qu'à considérer ce facteur, certains auteurs concluent à la réussite du traitement quand le patient est abstinent de drogues mais toujours sous méthadone alors que d'autres définissent l'abstinence comme le sevrage de tout produit. Cette dernière perception reste dominante et conduit à de sévères critiques de ces traitements, au point que nombre de membres du gouvernement des Etats-Unis tiennent ces traitements dans une position de « paria » (Newman, 1991), rejoints en cela par une partie des usagers de drogues parmi les plus affectés. Sans doute

parce que la définition de la sortie de la toxicomanie par abstinence de toute drogues fonde la culture dominante en la matière (Brown, 1985, Brunswick, 1985-1986). Le fait que la méthadone ne permette pas un arrêt simultané de consommation d'héroïne participe des critiques portées au traitement, parce que l'abstinence « immédiate » reste la seule « preuve » de sortie aux dires des opinions dominantes. Pourtant, conformément aux conceptions des fondateurs du traitement mais aussi des scientifiques dans les années 1990, la méthadone ne serait pas un traitement de la toxicomanie visant l'abstinence. La finalité du traitement consiste à changer le comportement « anormal » et dangereux pour lui comme pour la société, du toxicomane. De plus, en dépit de la perception de ce traitement comme outil de contrôle social par le public, nombre de soignants et d'usagers de drogues, les scientifiques défendent une définition des maintenances comme traitement pour les usagers de drogues (Gerstein & Hardwood, 1990). Ils récusent également l'idée selon laquelle la méthadone serait un traitement adapté à l'ensemble des usagers de drogues, même si la majorité des usagers en traitement évoluent dans le sens d'une réhabilitation sociale (Ball & Corty, 1990).

La question du sevrage

Les sevrages de méthadone comptent parmi les critères étudiés dans les évaluations des traitements. La méthadone est souvent conçue ou présentée comme un produit dont il est particulièrement difficile de se sevrer. Les craintes des équipes comme des patients quant à la possibilité ou réussite de ce sevrage influencent le choix de maintenir le traitement ou de l'arrêter. Une étude montre que la probabilité d'une réussite du sevrage est estimée à 10 % par les patients, 14 % par l'équipe. Patients comme équipes soignantes pensent que les difficultés psychologiques constitueraient un obstacle majeur pour la réussite du sevrage, devant les difficultés physiques. Les patients estiment le poids de ces difficultés dans le sevrage à 52 %, l'équipe à 70 % (Gold *et al.*, 1988). Dans la réalité les pourcentages de sevrages sont faibles, ils oscillent entre 6 % et 10 % selon les études (Rosenbaum *et al.*, 1988). Ce, même si une étude évalue entre 28 % et 84 % la probabilité de mener un sevrage de méthadone à son terme (Sorensen *et al.*, 1984). Malgré tout, si l'on s'accorde sur la définition de ce traitement comme maintenance, alors la stabilisation des patients avec la méthadone, les progrès réalisés en termes d'insertion professionnelle, d'état de santé, de relation à la famille, aux enfants, doivent être conçus comme des gages d'efficacité de ces traitements.

Cela dit, si l'on adopte le point de vue des patients pour qui seule l'abstinence est synonyme de sortie de la toxicomanie, alors la permanence du traitement méthadone pose un évident problème. A ce titre, les résultats d'une étude sont tout à fait significatifs. Cyndy *et al.*, notent que les patients les plus « motivés » pour s'engager dans le traitement, évoluent le mieux vers une amélioration de leur situation. Mais ce sont aussi ceux qui sont les plus enclin à déprimer après quelques mois de traitement (Cindy, J., *et al.*, 1999). Cela entraînant parfois des reprises de consommation d'héroïne, alcool ou cocaïne.

Comparaison des traitements

La question des sorties de la toxicomanie a été étudiée à propos des diverses thérapeutiques mais aussi concernant des usagers de drogues hors traitement. Des études de cohortes ont été mises en place dont la plus ancienne remonte à 1935. 1881 usagers de drogues hospitalisés à l'hôpital pénitencier de Lexington dans le Kentucky entre 1952 et 1955 ont été suivis sur plusieurs années. Les résultats montrent que 9 % de ces usagers étaient devenus abstinents a bout de 6 mois. Cela dit, la découverte la plus significative est que ce pourcentage augmente avec le temps. 25 % d'usagers étaient abstinents au bout de 5 ans (Hunt *et al.*, 1962), 43 % de ceux qui ont été suivis entre 1935 et 1955 (O'Donnel *et al.*, 1965). Par la suite, de nombreuses études ont confirmé que l'arrêt de la consommation de drogues était fortement corrélé avec le temps. Le taux d'individus cessant de consommer des drogues croît avec le temps(Coppel A., 1995). Les grands programmes d'évaluation lancés dans les années 1970 aux Etats Unis (DARP et TOPS) n'ont pu montrer de différence significative sur les taux d'abstinence obtenus par quatre types de traitements différents à long terme[10]. Les cures de désintoxication obtenant toutefois un score beaucoup plus faible, analogue à l'absence de cure. Sur 6402 patients inclus dans le programme DARP (*Drug Abuse Reporting Program*)[11], les taux d'abstinence s'élevaient à 27 % et 28 % respectivement pour les personnes en traitement méthadone et dans des communautés thérapeutiques, ces taux

[10] Les traitements étudiés étaient les maintenances à la méthadone, les communautés thérapeutiques, les traitements ambulatoires psycho-sociaux sans prescription, les cures de désintoxication. Un groupe témoins d'individus sans traitement était inclus dans l'étude.

[11] Débuté en 1969, ce programme a permis de recueillir des informations sur le profil de 44 000 patients suivis dans les 4 types de traitements sur 52 sites différents. Puis à partir de 1974, 6402 patients inscrits dans les différents types de traitement ont été suivis. Aux cohortes constituées, s'ajoutait un groupe d'individus sans traitement.

étaient de l'ordre de 24 % et 15 % pour les traitements ambulatoires et les cures de désintoxication. Ces taux augmentent avec le temps mais ils restent plutôt faible, de l'ordre de 30 %.(Cooper *et al.*, 1983).

Au-delà de l'ensemble de ces données, il n'y a pas de consensus sur le pourcentage de toxicomanes qui finissent par abandonner l'usage de drogues. Ce pourcentage varie de 1/3 à 2/3 selon les études, 1/3 pour les études du devenir des toxicomanes en traitement, 2/3 pour le devenir des toxicomanes recensés dans les registres de la police. Ces résultats sont équivalents que l'on définisse la toxicomanie en termes de dépendance pharmacologique ou en termes de mode de vie. Cela signifie donc aussi qu'il y a des toxicomanes qui restent chroniques. Il faut cependant tenir compte du fait que les résultats avancés sont influencés par les préconceptions des chercheurs. Gossop montre en effet que de nombreuses études ont tendance à interpréter des usages de drogues consécutifs à une période d'abstinence en termes de rechute. Or, quand on regarde l'évolution à plus long terme ou sans pessimisme excessif, ces usages ne signifient pas forcément une réinscription de l'individu dans une toxicomanie massive. L'abandon de la consommation de drogues étant l'issue la plus courante et que l'on ne peut constater que sur le long terme. L'auteur critique donc le pessimisme dominant la majorité des études menée sur ce thème. A ses yeux, ce pessimisme tient à la persistance de constructions sociales qui font de la toxicomanie une destinée irréversible (Gossop, 1988).

En tout état de cause, les résultats ne couvrent pas toutes les interrogations. « Les différentes méthodes de traitement sont-elles pour autant équivalentes ? le profil des patients est-il comparable ? les variables macro-sociologiques voire les études de personnalité (dépression, anxiété, introversion…) également utilisées, sont-elles pertinentes ? » (Coppel, A., 1995)

Autrement dit, la question de l'efficacité des traitements, fort étudiée pour les maintenances à la méthadone, laisse cependant de nombreuses questions en suspend. De plus, l'ensemble des résultats obtenus doit être replacé dans le contexte de la réglementation des traitements propre à chaque pays.

II) Les traitements dans les textes[12]

Les traitements de substitution ont été introduits en France à titre expérimental en 1973. De cette date jusqu'à nos jours, la conception comme l'organisation de ces traitements ont connu des modifications sensibles. Le nombre de personnes en traitement n'a cessé de croître passant de quelques centaines avant 1980 à plus de 80000 aujourd'hui. Les positions des professionnels comme de l'opinion publique se sont peu à peu délestées d'une franche hostilité faite de préjugés parfois et d'une conception de la toxicomanie en inadéquation avec l'adoption de telles thérapeutiques. En 1973, seuls deux des quatre centres proposés à l'expérimentation ont mis en place ces traitements pour un nombre limité de personnes[13]. France Lert précise « qu'il ne s'est pas agi d'une expérimentation au sens classique des essais cliniques puisque chaque médecin « élabore sa propre philosophie sur l'intérêt de cette technique » » (Lert, F., 1998). Jusqu'au début des années 1990, ce type de thérapeutique est resté cantonné dans ce cadre presque confidentiel. Les principes de la substitution allant à l'encontre d'une politique portée par un idéal d'abstinence et d'un système de soin principalement organisé autour de cures de sevrage. Le tournant des années 1980 consacre un virage en matière de politique des drogues et des toxicomanies qui a été opéré en faveur d'une politique de réduction des risques accordant une large place aux traitements de substitution. Entre autres facteurs, ce changement d'orientation politique a été porté par les pressions émanant d'un collectif d'associations (Limiter la casse[14]), par une montée en puissance de débats internationaux liés à la pandémie de sida, ainsi que part le constat d'un recours croissant des toxicomanes aux médecins généralistes. Recours chaque fois motivé par une demande pressante de médicaments psychotropes ou d'antalgiques forts. Le collectif « Limiter la casse » s'est fait le porte parole des usagers de drogues dont les intérêts n'étaient jusque là représentés que par les intervenants du secteur spécialisé (Lert, F., 1998). Les risques majeurs de contamination par la voie veineuse ou sexuelle ainsi que la mortalité déjà lourde des usagers de drogues ont été mis en avant, afin que la protection de la vie deviennent l'objectif prioritaire des interventions publiques. Les médecins généralistes quant à eux ont contribué à ce que

[12] Nous présentons ici les principales dimensions de la réglementation française des traitements de substitution.
[13] Centre des hôpitaux Fernand Widal et Ste Anne à Paris, avec chacun quelque cinquante places.
[14] Limiter la casse a été un collectif réunissant des militants de l'auto-support des usagers de drogues, des militants de la lutte contre le sida, des acteurs de santé, association humanitaire. Ce collectif a tenu sa première réunion en 1993.

l'on peut considérer comme une « invention de la substitution » à partir de leur pratique clinique[15]. Pour répondre à la demande des usagers de drogues plus que pour participer à l'élaboration d'une thérapeutique précise, ils ont prescrit nombres de médicaments psychotropes dont du temgésic du moscontin, du skénan aujourd'hui retirés des produits autorisés à titre de traitement de substitution.

Une circulaire datant de Février 1994 pose les premières règles du cadre d'utilisation de la méthadone dans la prise en charge des toxicomanes et ouvre un dispositif de 1000 places, soit une augmentation non négligeable au regard des 235 personnes incluses dans ce type de traitement entre 1973 et 1984. La méthadone obtiendra son autorisation de mise sur le marché (AMM) en 1995. Les conceptions et réglementations posées dans ce texte érigent la substitution au rang de prise en charge plus que de traitement et la méthadone y apparaît moins comme un médicament que comme un instrument d'attraction des usagers de drogues dans ce type de « prise en charge ». France Lert souligne que le mot « traitement » n'apparaît pas dans le texte, pas plus que le mot « substitution », le vocable « prise en charge » leur étant préféré. La prescription de méthadone est proposée pour « certains toxicomanes[16] ». Les éventuels bénéficiaires doivent « être volontaires et accepter les contraintes de cette prise en charge ». Ils doivent faire état d'une « dépendance majeure aux opiacés depuis au moins 5 ans » qui sera « attestée par une analyse urinaire » dont le but est également de « vérifier l'absence de méthadone » afin de prévenir tout risque de multiples prescriptions. Les individus doivent aussi avoir « entrepris sans succès durable plusieurs cures de sevrages ». A cette date, les conditions d'accès au traitement sont donc pour le moins strictes, pas moins que les règles d'organisation du traitement. Déjà, les caractéristiques de conformité requises pour les centres limitent quelque peu l'évolution possible du nombre de places. Afin de délivrer de la méthadone, chaque centre doit répondre aux exigences de contrôle visant à assurer la sécurité d'emploi du produit et éviter sa diffusion sur le marché illicite. En plus de la prescription de méthadone, le centre doit pouvoir offrir un suivi médical, social et psychologique assuré par une équipe pluridisciplinaire. Cette équipe doit « être en mesure de proposer d'autres modalités de prise en charge » parce que « tous les toxicomanes s'adressant au centre ne

[15] Pour une présentation de ce processus d'invention de la substitution voir Carpentier, J., *la toxicomanie à l'héroïne en médecine générale,* Paris, Ellipses, 1994. Voir aussi Coppel, A., *Peut-on civiliser les drogues ?* op.cit.
[16] Les formules entre guillemets reprennent des extraits de circulaires.

relèvent pas d'une indication de prescription de méthadone ». Enfin, chaque centre ne peut prescrire dans un même temps de la méthadone à plus de 50 personnes. Une fois que le bilan social, clinique, psychiatrique est établi par l'équipe, une fois que les analyses urinaires ont démontré la dépendance majeure aux opiacés ainsi que l'absence de consommation de méthadone, le nouveau patient débute un traitement dont « l'objectif ultime est de (lui) permettre d'élaborer une vie sans dépendance à un quelconque produit, y compris à la méthadone ». Il recevra alors une dose de substitut qui ne pourra excéder 100 mg « sauf dérogation du médecin inspecteur de la santé publique ». Le patient devra se rendre quotidiennement au centre et il n'ingèrera sa méthadone qu'en présence d'un médecin ou infirmier. Sur appréciation du médecin, cette délivrance pourra être élargie et le patient pourra recevoir l'équivalent de 7 jours de méthadone à consommer quotidiennement.

Près d'un an après l'instauration du traitement sur ces bases, la circulaire du 31 Mars 1995, opère un changement important tant du point de vue de la conception du traitement que des modalités de sa mise en œuvre. A lire la terminologie employée dans le texte, la prescription de méthadone est plus sûrement conçue comme un traitement, la méthadone comme un médicament et l'individu en traitement comme un patient[17]. Le glissement progressif, d'un dispositif donnant une priorité au contrôle vers un autre allant dans le sens d'un traitement de substitution, apparaît notamment dans une nouvelle hiérarchisation des objectifs assignés au traitement : « l'insertion dans le processus thérapeutique précède désormais la stabilisation de l'usage de drogues ». Les conditions d'accès au traitement sont assouplies ainsi que ses modalités d'organisation. Le changement majeur tient à l'ouverture de la substitution à un nouveau médicament, le subutex[18]. L'élargissement du champ de la substitution est double puisque le subutex comme la méthadone peuvent être prescrites en médecine de ville, après initialisation du traitement dans un centre spécialisé pour la méthadone. Malgré tout, les règles encadrant la mise en œuvre de ces traitements demeurent strictes. Le cadre de délivrance ne peut excéder 7 jours pour la méthadone, 28 jours pour le subutex. Les dosages urinaires visant le contrôle des consommations d'opiacés doivent être effectués une à deux fois par semaine, plus fréquemment sur appréciation du médecin. Certaines

[17] France Lert note que l'intitulé même de la circulaire évoque les traitements de substitution des pharmacodépendances aux opiacés. Le mot « traitement » est utilisé 39 fois et « prise en charge » ne figure plus que 9 fois. Le mot « substitution » est lui utilisé 20 fois associé à traitement ou médicament.
[18] Le subutex a obtenu une AMM en février 1996.

prescriptions font figure de règles d'exception au regard des principes de la médecine libérale. En particulier, le patient ne peut librement choisir ni son praticien, ni son officine. Et les mesures de contrôle visant à prévenir toute dérive (pluri-prescription ou diffusion des produits sur le marché illicite) constituent une entorse au secret médical. Pour être approvisionnés en méthadone, les centres doivent notamment fournir à la pharmacie centrale des hôpitaux, « des listes individuelles nominatives comportant les doses, les horaires de délivrance, le soignant responsable de la délivrance etc. » (Lert, F., 1998). Il est également envisagé que le pharmacien puisse signaler au médecin traitant tout achat de seringue par l'un de ses patients.

En dépit de règles strictes, les prescriptions stipulées dans les circulaires demeurent très générales, ce qui laisse une latitude de mise en application pour les divers centres et thérapeutes. Par exemple, l'autorisation d'obtenir une prescription de 7 jours pour la méthadone, ou 28 pour le subutex, le transfert du suivi en médecine de ville seront effectués sur la base d'une appréciation du praticien et, le cas échéant, du pharmacien quant à la stabilisation du patient. Difficilement objectivables, les critères de stabilisation ne sont toutefois pas précisés. Le traitement compte un accompagnement médical, psychologique et social mais les modalités d'organisation de ce suivi ne sont pas précisées. La composition des équipes pluridisciplinaires, leur mode comme la fréquence de leurs interventions ne font pas l'objet d'une prescription particulière. Cet accompagnement doit être mis en œuvre en centre comme en médecine de ville. Là, « il est recommandé au médecin de s'entourer de l'avis de confrères exerçant en centres spécialisés de soins aux toxicomanes ou médecins de ville expérimentés ».

Déterminantes, les orientations générales des traitements fixées dans les directives ministérielles n'en demeurent pas moins incertaines voire floues. En conséquence, leur application ne peut aller sans variation d'autant que la réalité des usages de drogues reste partiellement connue. L'application de ces directives compte avec l'appréciation des intervenants concernés. En l'absence de critères parfaitement clairs, cette appréciation ne peut que fluctuer d'un intervenant à un autre, notamment à la faveur de leur conception de la toxicomanie et du traitement. Or, les théories élaborées sur la toxicomanie et ses traitements ne manquent pas. Leur caractère pléthorique est à l'image d'un phénomène multidimensionnel dont chacun s'accorde à dire aujourd'hui qu'il est irréductible à toute vision hégémonique. Dans la réalité, les conceptions dont

s’inspirent tout intervenant sont composites et rarement exclusives les unes par rapport aux autres. Mieux, elles associent plusieurs registres de description de la toxicomanie (Ogien, A., 1996) qui influencent l’organisation du traitement.

Annexe B

LES PERSONNES RENCONTRÉES

Les quelques éléments de la situation des personnes que nous rapportons ici sont relatifs au jour de l'entretien. Le temps de traitement indiqué est celui du traitement de substitution dans le centre ou avec le médecin traitant. Il ne tient pas compte des diverses démarches de soins menées par le passé. Le temps de consommation de drogues est relatif à la première prise d'héroïne. Tous les individus ont cessé de consommer à plusieurs reprises au cours du temps indiqué. L'héroïne est le seul produit que nous mentionnons mais les individus ont consommé diverses substances illicites ou licites à des fins toxicomaniaques ou d'autosubstitution.

34 personnes en centre

Patients du centre A

Matthieu : 32 ans, 1 an 1/2 de traitement, 17 ans de consommation d'héroïne en intraveineuse (IV). Doté d'un CAP de cuisinier, Matthieu perçoit actuellement le RMI. En attente d'un appartement thérapeutique, il est aussi sans domicile et dort chez des amis ou dans des foyers d'accueil.

Laetitia : 34 ans, 8 mois de traitement, 15 ans de consommation d'héroïne IV. Laetitia a un niveau d'études supérieures, elle n'a cependant jamais achevé les divers DEUG dont elle a suivi les enseignements. Elle a exercé diverses professions dans le cadre de Contrats à durée déterminée (CDD). Aujourd'hui elle est au chômage. Enceinte, elle vit seule dans un logement personnel mais sous avis d'expulsion.

Antoine : 40 ans, 1 an et demi de traitement, 20 ans de consommation d'héroïne IV. Comédien technicien, il a longtemps été salarié d'une compagnie de théâtre. Séparé d'une amie avec qui il a vécu pendant près de 10 ans, il habite aujourd'hui seul dans un logement personnel.

François : 34 ans, 1 an de traitement, 14 ans de consommation d'héroïne IV. François a un niveau d'étude secondaire, il a travaillé par intermittences dans le cadre de CDD. Aujourd'hui il bénéficie du RMI. Père d'un enfant, il est divorcé et habite chez sa mère.

Sylvie : 28 ans, 1 an 1/2 de traitement, 10 ans de consommation d'héroïne IV. Sylvie a un niveau d'études supérieures, elle est allée à l'université mais a obtenu son diplôme de deug d'économie alors qu'elle était incarcérée pour trafic de stupéfiants. Aujourd'hui elle est vendeuse dans l'entreprise de prêt-à-porter de ses parents.

Thomas : 40 ans, 15 jours de traitement, consommation d'héroïne pendant vingt ans.

Simon : 30 ans, 1 an de traitement, 13 ans de consommation d'héroïne. Simon a suivi une formation de CAP qu'il abandonnée. Père d'un enfant et séparé de sa femme, il vit du RMI et habite avec son frère dans un logement personnel.

Joël : 33 ans, 8 mois de traitement, 14 ans de consommation d'héroïne IV. Maçon, Joël n'a jamais véritablement exercé, il s'est très tôt investi dans des activités délinquantes, ce qui lui a valu de nombreuses injonctions de soins et une incarcération de 3 ans. Actuellement au RMI, il est hébergé et assisté par un Centre de Soin Spécialisé dans la Toxicomanie.

Muriel : 52 ans, 1 an ½ de traitement, 25 ans de consommation d'héroïne IV. L'entretien avec Muriel compte parmi ceux que nous n'avons pas pu exploiter. Tout du long, elle a évoqué les longs séjours qu'elle a passé dans des hôpitaux psychiatriques sans que nous puissions véritablement suivre ses propos.

Patients du centre B

Myriam : 28 ans, 3 mois de traitement, six ans de consommation d'héroïne/cocaïne en IV. Myriam a fait des études supérieures (licence). Elle a exercé une activité de secrétaire bilingue pendant 1 an ½. Depuis le début du traitement elle est en arrêt maladie. Elle est mère d'un enfant et vit avec son ami, père de l'enfant.

Stéphane : 30 ans, six mois de traitement, 13 ans de consommation d'héroïne en IV. Stéphane a abandonné ses études au niveau de son BEP. Il a travaillé pendant 1 an 1/2 comme archiviste dans une entreprise. Il est en arrêt maladie depuis le début du traitement. Dans l'attente de son mariage, il vit chez ses parents.

Philippe : 33 ans, 6 mois de traitement, 9 ans de consommation d'héroïne IV puis 7 ans de toxicomanie au néocodion. Il a un niveau d'étude secondaire et a travaillé comme pâtissier, puis comme cuisinier pour un ami. Célibataire, il habite chez sa mère et est aujourd'hui en arrêt maladie.

Sylvain : 33 ans, 1 an 1/2 de traitement, quinze ans de consommation de cocaïne et d'héroïne en IV. Il a obtenu un DEUG de gestion économique et a travaillé comme technicien de gestion et d'exploitation du réseau informatique d'une entreprise. A la suite du décès de son amie, il s'est installé chez sa mère et travaille depuis peu dans le cadre d'un CES.

Thierry : 32 ans, 2 ans de traitement, quinze ans de consommation d'héroïne (IV). Doté d'un niveau d'études supérieures, il a été cadre dans une entreprise informatique tout au long de sa trajectoire. Aujourd'hui il est en arrêt maladie et vit avec son amie dans un logement personnel.

Louis : 35 ans, 2 ans de traitement, 15 ans de consommation d'héroïne IV. Technicien en électronique et informatique. Il a travaillé dans plusieurs entreprises tout au long de sa trajectoire dans la toxicomanie. Célibataire, il habite chez ses parents et est actuellement en arrêt maladie.

Hélène : 53 ans, 7 ans de traitement, 25 ans de consommation de cocaïne puis d'héroïne. Infirmière, elle a exercé dans une clinique pendant 18 ans avant d'être licenciée pour des problèmes de santé. Elle vit aujourd'hui avec son ami.

Marine : 38 ans, deux ans de traitement, 18 ans de consommation d'héroïne IV. Marine a poursuivi sa scolarité jusqu'en terminale, puis, elle a travaillé dans le cadre de nombreux contrats à durée déterminée. Aujourd'hui elle fait des animations commerciales dans une grande surface. Mère d'un enfant, elle vit avec le père de l'enfant.

Bernard : 40 ans, 3 ans de traitement, 20 ans de consommation d'héroïne IV. Bernard a un niveau d'études supérieures. Célibataire, il vit aujourd'hui seul dans un logement personnel. Il perçoit des prestations de la COTOREP.

Pierre : 41 ans, deux ans de traitement, consommation d'héroïne pendant 18 ans. Il a poursuivi sa scolarité jusqu'en terminale sans obtenir le baccalauréat. Une fois adulte, il a repris des études dans le cadre d'un IUT Père d'un enfant il vit aujourd'hui avec la mère de l'enfant et est en arrêt maladie. Il vit à l'aide des prestations de la COTOREP.

Carmen : 22 ans, 3 mois de traitement, consommation d'héroïne pendant 2 ans en sniff. Carmen a un niveau d'études secondaire. Actuellement elle est en congé maternité et vit avec le père de son enfant.

Jacques : 43 ans, 6 mois de traitement, 21 ans de consommation d'héroïne IV. Jacques a poursuivi ses études jusqu'en DEA puis a enseigné la physique chimie dans un lycée pendant huit ans. Par la suite, il a obtenu un DESS d'informatique et a travaillé pendant trois ans dans une entreprise. Aujourd'hui il est en arrêt maladie et vit avec son amie.

Loïc : 35 ans, 1 an de traitement, 15 ans de consommation d'héroïne IV. Loïc a effectué de nombreux séjours en prison liés à ses activités de vente de stupéfiants. Séparé de sa femme, il a une amie et vit aujourd'hui avec un RMI.

Patrice : 30 ans, 1 an de traitement, 15 ans de consommation d'héroïne. Patrice a quitté l'école en troisième. Il a travaillé par intermittence comme chauffeur routier. Aujourd'hui il est en arrêt maladie et vit chez ses parents.

Patients du centre C

Benoît : 30 ans, consommation d'héroïne IV pendant 10 ans. Documentaliste dans une entreprise tout au long de sa trajectoire, Benoît a été licencié pour des raisons économiques. Il est aujourd'hui au chômage et vit seul dans un logement personnel. Benoît n'a passé qu'un mois dans le centre, il poursuit son traitement en médecine de ville, nous l'avons rencontré un jour où il venait dire bonjour à l'équipe.

David : 34 ans, consommateur d'héroïne et de cocaïne pendant quinze ans, David n'a passé qu'un mois dans le centre, il poursuit son traitement méthadone en médecine de ville. Il a fait une école d'infirmier et a exercé pendant quelques années. Il est actuellement barman. Nous l'avons interrogé un jour où il venait dire bonjour aux membres de l'équipe.

Kalil : 30 ans, 1 an de traitement, 15 ans de consommation d'héroïne IV. Kalil est sorti du système scolaire très tôt et s'est investi dans de multiples activités délinquantes. Cela lui a valu de très nombreuses incarcérations. Père d'un enfant, il vit aujourd'hui de avec la mère de l'enfant de prestations sociales diverses (COTOREP).

Baptiste : 43 ans, 6 mois de traitement, 25 ans de toxicomanie. Il a suivi une formation de dessinateur publicitaire qu'il n'a pas terminée. Baptiste a été incarcéré à de nombreuses reprises, il a perdu son amie, décédée. Aujourd'hui il vit seul dans un logement personnel et vit de prestations sociales (COTOREP).

Sofian : 29 ans, 4 mois de traitement, 15 ans de consommation d'héroïne IV. Sofian a un niveau d'études secondaires et n'a jamais véritablement travaillé. Père d'un enfant mais séparé de la mère de cet enfant, il vit aujourd'hui seul et touche le RMI.

Houari : 28 ans, 2 mois de traitement, 6 ans de consommation d'héroïne IV. Educateur spécialisé, Houari recherche aujourd'hui activement du travail, il vit seul dans un logement personnel.

Dorothée : 38 ans, 1 ans de traitement, 20 de consommation d'héroïne, cocaïne IV. Elle a un niveau d'étude supérieure (DEUG) obtenu en cours du soir et un brevet de toilettage pour chien. Séparée de son ami, Dorothée est aujourd'hui en attente d'un appartement thérapeutique, elle dors dehors ou dans des hôtels qui acceptent les chiens.

Elodie : 32 ans, 1 an et deux mois de traitement, 13 ans de consommation d'héroïne IV. Elodie a une formation de coiffeuse mais elle ne travaille pas et vit du RMI. Elle habite actuellement chez sa mère, avec sa fille dont le père est incarcéré.

Eric : 28 ans, 4 mois de traitement, 8 ans de consommation d'héroïne IV. Momentanément séparé de son amie et activement investi dans la restauration de sa situation juridique, Eric est Sans Domicile Fixe, il va de foyer en foyer.

Dominique : 45 ans, 10 mois de traitement, 25 ans de consommation d'héroïne IV. Très tôt engagé dans des activités délinquantes, Sans Domicile Fixe depuis près de 10 ans, Dominique est aujourd'hui gravement malade. Il vit dans un appartement thérapeutique mais fait de fréquents séjours à l'hôpital.

Pascal : 28 ans, 6 mois de traitement, 10 ans de consommation d'héroïne. L'entretien que nous avons fait avec Pascal compte parmi ceux qui sont peu exploitables. Délinquant de longue date il a évoqué tout du long ses activités de dealer, voleur, braqueur… sans être toujours cohérent. Il poursuit aujourd'hui ses activités et continue à consommer.

Médecine de ville : 24 personnes.

Frédéric : 39 ans, 2 mois de traitement (subutex), 16 ans de consommation d'héroïne en IV. Il a obtenu un CAP d'électricien. Avant d'entrer en traitement, Frédéric a totalement abandonné toute consommation de produit au moment où il a rencontré sa femme et ce, pendant 3 ans. Père de deux enfants, il est aujourd'hui divorcé, vit seul et travaille par intérim.

Charlotte : 24 ans, 4 mois de traitement (subutex), 6 ans de consommation d'héroïne. Léa a commencé à vendre du haschich dans son lycée pour payer sa consommation tout en continuant ses études. Elle est aujourd'hui à l'IUFM et vit avec son ami dans un logement personnel.

Julien : 32 ans, 6 mois de traitement (subutex), 15 ans de consommation d'héroïne IV. Julien a quitté le collège en 5ème pour suivre la formation d'un CAP de mécanique poids lourd qu'il a abandonnée. Il a travaillé à de nombreuses reprises mais a souvent arrêté pour jouer de la basse dans divers groupes. Aujourd'hui il est au RMI et habite chez son amie.

Clément : 30 ans, 9 mois de traitement (subutex), 22 ans de consommation d'héroïne en sniff. Doté d'un CAP, il a longtemps travaillé comme couvreur. Parallèlement il s'est activement investi dans le deal d'héroïne. Il a passé 3 ans en prison. Aujourd'hui, il vit avec sa femme et travaille comme magasinier.

Fabrice : 32 ans, 1 an ½ de traitement (subutex), 5 ans de consommation d'héroïne IV. Fabrice a fait deux ans de biologie et un an de mathématiques à l'université avant d'intégrer une école de commerce. Il n'en a pas suivi l'intégralité de la formation. Il a commencé à travailler comme représentant. Par la suite il a pris des cours par correspondance de journaliste et a travaillé dans le cadre de CES dans une radio. Depuis peu, il a repris des études (sociologie) dans le but d'intégrer une école de journalisme. Père d'une petite fille, il vit avec son amie.

Damien : 35 ans, 2 ans de traitement subutex, 12 ans de consommation d'héroïne IV. Damien a quitté l'école avant d'entrer au collège. Par la suite il est allé en LEP, a très rapidement travaillé comme apprenti mécanicien avant d'entrer dans un garage. Il est resté mécanicien dans ce même garage pendant 17 ans avant d'être licencié. Aujourd'hui il vit avec son amie et leurs enfants.

Christophe : 32ans, 3 ans de traitement (Subutex), 4 ans de consommation d'héroïne IV. Christophe a arrêté ses études générales au niveau de la première. Par la suite il a obtenu un CAP de coiffure. De 17 à 26 ans il a travaillé régulièrement comme coiffeur. Puis un an sur deux. Il est aujourd'hui décorateur et vit seul dans un logement personnel.

William : 35 ans, 3 ans ½ de traitement (subutex), 15 ans de consommation d'héroïne IV. William a fait un IUT d'animation. Tout au long de sa toxicomanie il a travaillé comme animateur socio-culturel mais aussi dans le cadre de divers petits boulots qu'il ne conservait jamais plus de quelques mois. Aujourd'hui il suit une formation pour devenir délégué médical. Il a une petite fille et vit seul dans un logement personnel.

Victor : 30 ans, 5 mois de traitement (subutex), 5 ans de consommation d'héroïne IV. Victor a abandonné ses études après le baccalauréat. Il a fait divers petits boulots et vit aujourd'hui du RMI. Il habite chez sa grand-mère.

Jean-Marc : 31 ans, 3 mois de traitement (subutex), 2 ans de consommation de cocaïne/héroïne. Jean Marc a un CAP de maçonnerie et de cuisine. Il a commencé à travailler à 16 ans en changeant souvent de travail (menuiserie, maçonnerie, cuisine, peinture, tapisserie). Aujourd'hui il travaille avec son père artisan et vit avec son amie.

Renaud : 41 ans, 7 ans de traitement de substitution à divers produits avec le même médecin de ville (aujourd'hui sous subutex). Renaud a commencé à prendre de l'héroïne à 12 ans. Son parcours compte de longues périodes de consommation intensive émaillé de diverses formes de désintoxication. Il a notamment vécu 5 ans dans une communauté du Patriarche. En dehors de ces années, il s'est activement investi dans des activités délinquantes et a passé de nombreux séjours en prison. Il a une fille et vit avec son amie.

Erwan : 22 ans, 3 mois de traitement (subutex), 6 ans de consommation d'héroïne. Erwan a poursuivi ses études jusqu'à une première année d'université puis il a commencé à travailler comme cuisinier. Aujourd'hui il est au chômage et élève son enfant avec son amir. Tous deux vivent dans un logement personnel.

Armelle : 25 ans, 1 an et 7 mois de traitement (subutex). Armelle a commencé à consommer des néocodions et du respilène à 18 ans et en est rapidement devenue dépendante. Par la suite elle a associé de multiples médicaments à des prises d'alcool tout en poursuivant ses études à l'université. Elle a fait un BTS et travaille depuis peu

comme assistante commerciale dans une entreprise informatique. Elle vit avec son ami dans un logement personnel.

Judith : 32 ans, 3 ans et 2 mois de traitement (subutex), 15 ans de consommation d'héroïne IV. Judith a poursuivi ses études jusqu'à la première année de psychologie à l'université. Pendant toute sa toxicomanie, elle a travaillé comme caissière. Aujourd'hui, elle est employée de bureau vit avec sa fille et son ami dans un logement personnel.

Hervé : 29 ans, 6 mois de traitement, 10 ans de consommation d'héroïne. Hervé a quitté l'école au collège et s'est engagé dans des activités délinquantes. Plus que par la consommation de produits, la trajectoire d'Hervé est marquée par ses activités de dealer. C'est du moins le thème dominant de l'entretien. Hervé s'est montré très peu disert par ailleurs. L'entretien est donc partiellement exploitable.

Henri : 35 ans, 3 ans de traitement (subutex), 15 ans de consommation d'héroïne. Henri a obtenu un BEP de dessin industriel. Il a travaillé comme chauffeur poids lourds pendant 5 ans puis à la chaîne dans une usine d'embouteillage. Il vit aujourd'hui avec son amie et leur enfant dans un logement personnel.

Isabelle: 37 ans, 3 ans de traitement (subutex), 15 ans de consommation d'héroïne IV. Isabelle a débuté un BEP qu'elle a abandonné. Par la suite elle a multiplié les travaux saisonniers dans la restauration avant de reprendre le métier de sa mère : VRP. Aujourd'hui elle vit en couple dans un logement personnel.

Véronique : 45 ans, 2 ans de traitement (subutex), 20 ans de consommation de cocaïne héroïne en IV. Véronique a exercé plusieurs petits boulots avant de réussir un concours administratif et devenir contrôleur du travail pour une entreprise de transport. A 36 ans elle fait un dépression et abandonne son travail. Aujourd'hui elle est sans emploi et vit seule dans un logement personnel.

Nicolas : 28 ans, 1 an de traitement (4 mois de subutex puis 8 mois de méthadone), 7 ans de consommation d'héroïne IV. Nicolas a quitté l'école en 2de puis a fait une année préparatoire à l'entrée dans une école de dessin qu'il a abandonnée. Par la suite il a travaillé en interim comme dessinateur industriel entre autres CDD. Il vit seul dans un logement personnel.

Christian : 28 ans, 1 an de traitement, 5 ans de consommation d'héroïne. Christian a fait une école de journalisme et quelques stages dans diverses radio. Aujourd'hui il est à la recherche d'un emploi et vit chez ses parents.

Didier : 32 ans, 3 ans de traitement subutex. Didier a fait son premier shoot d'héroïne à 15 ans. Délinquant dès cet âge il a fait de nombreux séjours en prison pendant lesquels il ne consommait pas puis reprenait de l'héroïne en sortant. Aujourd'hui il est salarié d'Asud.

Line et Rodolphe : 36 et 37 ans une petite fille. Line et Rodolphe ont débuté le traitement méthadone ensemble depuis 2 ans et 3 mois environ. Ils ont 20 ans de consommation d'héroïne IV derrière eux. L'un comme l'autre a toujours travaillé, comme employée du trésor public, comme ouvrier dans le bâtiment.

Hassan : 40 ans, 8 mois de traitement (subutex), 12 ans de consommation d'héroïne. Reda a un niveau scolaire équivalent au baccalauréat. Il est père d'un enfant mais vit seul dans un logement personnel. Il travaille actuellement dans la restauration.

Annexe C

LES ÉTAPES ET LES LOGIQUES DU TRAITEMENT

Nous schématisons ici la position des personnes rencontrées dans les étapes du traitement et leur logique de comportement dominante à l'étape dans laquelle elles se trouvaient le jour de l'entretien. Nous avons inclus dans ce tableau les 5 personnes que nous avons revues à un an d'intervalle. L'une d'entre elle était passée de la 1ère à la 2e étape. Son positionnement avait changé : massivement dans l'utilisation dégagée lors du premier entretien, elle était plus clairement dans l'adhésion dépendante un an après. Deux autres personnes avaient également progressé de la 2e à la 3e étape et quitté la logique d'adhésion au profit de l'utilisation dégagée. Les deux dernières personnes étaient stabilisées lors des deux entretiens et installées dans l'adhésion dépendante.

Etapes du traitement ********** **Logiques d'actions**	**Conquête de l'abstinence**	**Construction d'un nouveau statut social**	**« Des patients stabilisés »**	Σ
L'utilisation dégagée	10	4	8	22
L'adhésion dépendante	4	7	21	32
La soumission révoltée	2	3	4	9
Σ	16	14	33	63

Annexe D

GUIDES D'ENTRETIEN

Grille d'entretien soignants.

***** Nombre de patients suivis

- sous méthadone
- sous subutex
- autres produits de substitution

* Depuis combien de temps ces patients sont-ils suivis par vous ?

- le plus ancien
- le plus récent

* Nombre de patients venus vous voir en première intention

Nombre de patients adressés : qui vous adresse des patients ? (centre méthadone, confrères, bouche à oreille entre les patients, autres...)

*** Parcours professionnel.**

- Avant de prescrire des produits de substitution avez-vous déjà travaillé auprès de toxicomanes ?
  - dans quel cadre ?
  - quelle finalité était alors attribuée à la prise en charge ?

*** Positionnement présent**

- Comment en êtes-vous arrivés à la substitution ? avec quelle représentation de ce type de traitement ? (substitution : pour qui / pour quoi (finalité) / comment)
- Est-ce que c'est une conception que vous conservez aujourd'hui ?

- Comment définiriez-vous les fondements sur lesquels reposent votre activité thérapeutique ? (une certaine conception de la toxicomanie ? une certaine conception de l'activité de soignant sans distinction du soin pour des toxicomanes ou des non toxicomanes ?)

*** Pratiques**

- Quand vous recevez un patient pour la première fois comment se déroule la consultation ?
- que faîtes-vous ?
- que demandez-vous ?
- avez-vous des critères d'admission d'un patient en traitement de substitution ? (acceptez-vous toujours de suivre les patients qui viennent vous consulter ?)
- (Symétriquement), quelles sont les demandes qui vous sont faites lors de cette première consultation ? de quoi vous parlent les patients ?
- sur quoi fondez-vous le diagnostic que vous faîtes – que cherchez-vous à évaluer – ? (dépendance/ situation sociale, etc.)
- Dans les paramètres fondant votre diagnostic est-ce que vous établissez des priorités ? Existent-il des éléments qui vous paraissent particulièrement importants à relever afin de poser l'indication du traitement ?
- Comment définiriez-vous la population de personnes qui font une demande de traitement ?
- Quels sont, à votre sens les types de difficultés présentés ?
- Est-il possible de faire des "catégories" de patients ?
- qu'est-ce qui vous permet de déterminer que vous avez affaire à un cas « simple » ou « léger » / « lourd » ou « compliqué » ?

* Selon le cas de figure – ou type de difficultés présentées par quelqu'un – j'imagine que vous avez plusieurs réponses à apporter en terme de prise en charge :

- quels sont ces types de réponse ? – subutex en ville, méthadone en centre, autre prise en charge…
- Pour vous, est-ce que chacune des possibilités correspond à un « problème » particulier, ou bien, est-ce que la proposition de traitement que vous faites est

déterminée par d'autres critères ? (demande incontournable du patient, places dans le centre, temps disponible…)

- Une fois le traitement décidé :

- est-ce que vous l'expliquez au patient ?
- comment lui expliquez-vous ?
- en quoi cela vous paraît-il important (ou pas) ?

- Comment définiriez-vous les demandes qui vous sont adressées ? – de quoi vous parle-t-on (produit uniquement, relationnel social..) ?
- Est-ce que vous constatez une évolution dans ces demandes ?

*** identification des outils thérapeutiques utilisés**

- Que pouvez-vous me dire des outils thérapeutiques que vous utilisez :

(il y a bien évidemment le produit de substitution, mais à côté de cela, est-ce que vous utilisez autre chose ? - relation ? notion de présence ? de contraintes…-)

- Le produit de substitution : comment l'utilisez-vous ?
- l'exemple les doses : comment sont-elles fixées ? (demande ou dires du patients ?..)
- avez-vous une idée de "la bonne" dose pour quelqu'un ?

- quel type de relation cherchez-vous à instaurer avec vos patients ?
- quel type de relation avez-vous l'impression qu'ils nouent avec vous ?

Grille entretien patients

caractéristiques générales

- âge
- parcours et niveau scolaire
- parcours professionnel et situation professionnelle actuelle
- système relationnel actuel : conjoint(e) famille....
- temps de traitement

I) traitement de substitution

* état général juste avant l'entrée en substitution
état physique/situation sociale/état d'esprit

* tentatives de décroches précédentes
  -> lesquelles ?
  -> dans quel état d'esprit ont-elles été engagées ?
  -> comment explique-t-on que cela n'ait pas « marché » ?

* comment avez-vous été amené vers le traitement de substitution ?
(démarche propre conseil, d'un ami d'un médecin ou autre, si tel est le cas, comment le traitement a-t-il été présenté par ce tiers)
* pourquoi ce centre ou ce médecin ?

* quelle perception aviez-vous du traitement à l'entrée ?
(un produit ? une prise en charge globale ? un traitement « spécial » ? pour des malades ?)
* qu'en attendiez vous ?

* à qui et à quoi avez vous eu affaire en premier ? (un médecin, un infirmier, une secrétaire...
* qu'est-ce qui s'est passé lors de ce premier contact ?
* qu'en avez-vous pensé ?
* Comment avez-vous eu le sentiment d'être perçu ? (un malade, une personne souffrante, avec intérêt, avec un regard d'expert…)

* comment les règles du traitement ont été posées ?
* par qui ?
* Vous a-t-on expliqué un éventuel diagnostic posé sur vous ou bien en quoi le traitement pourrait vous être utile ?

* rapport au suivi médecin : (qu'est-ce qui se fait ? qu'est-ce qui se dit avec le médecin ?)

- de quoi avez-vous envie ou besoin de lui parler ?
- que vous demande-t-il ? Avez-vous l'impression qu'il attend de vous quelque chose de particulier ?
- comment vous parle-t-il ? (questions précises ? conseils ? explications ? relation chaleureuse et sans lien direct avec le traitement ?)

* rapport suivi infirmier : mêmes questions (nature de la relation à partir du contenu et de la forme des échanges)

* rapport suivi assistante sociale, accueillants, stagiaires : mêmes questions

* demandez-vous la même chose aux divers membres de l'équipe ?
* vous comporter de la même manière ?
* attendez-vous quelque chose de précis de chaque intervenant ?

* avez-vous **l'impression que les membres de l'équipe sont sur la même longueur d'onde ?** (au sens où elle partagerait les même objectifs, les mêmes règles de soins ou bien avez vous l'impression que ce qui est primordial pour l'un l'est moins pour l'autre par exemple)

* rapport aux patients : nature des relations (amicales/indifférence, échange de point de vue sur le centre sur le traitement ? relations prolongées à l'extérieur ?)

* rapport au produit de substitution : qu'est-ce qu'il produit comme effets ? perception de ces effets ? (un produit pour vivre au jour le jour, un médicament, une sécurité, un soulagement)

* comment s'est fait l'ajustement des doses : spontanément selon les suggestions de l'équipe / tendance à demander de fortes doses au début

* la venue au centre : (contrainte ?agréable ?…) avez-vous eu des difficultés à vous conformer au cadre (venir, analyses d'urines...) ? Pouvez-vous dire que (dur ou pas) cela vous a aidé et si oui en quoi ?

* est-ce que vous arrivez à identifier ce qui vous a le plus aidé au début du traitement... Maintenant

* quels sont les éléments qui ont éventuellement changé dans votre mode de vie ? d'où vient le changement ? Dans quelle mesure le traitement a aidé au changement

- est-ce que dès le départ ou à un moment donné du traitement vous avez de vous même changé des choses dans votre vie en vue du but que vous vous fixiez ?
-

II) situation présente

système relationnel :

-> les personnes avec qui l'on est en contact ? quelles relations entretenues et quel regard sur ces relations ?

-> avez-vous le sentiment que le regard des autres sur vous a changé ?

-> Comment avez-vous l'impression d'être vu ? A quoi voyez-vous que l'on vous considère comme (toujours ou plus du tout toxico, fragile ou solide, la même personne ou une personne transformée .....?)

activités :

-> quelles activités ?

-> quelles aspirations ? Est-ce que des démarches sont mises en oeuvre en vue de réaliser ces éventuelles aspirations ?

-> quel sentiment avez-vous concernant votre vie présente ?

rapport au passé :

- quel regard portez-vous aujourd'hui sur votre trajectoire dans la toxicomanie ?
- comment vous « définissez-vous » ? (toxico, ex-toxico, personne en traitement, ex-toxico en traitement…)

Annexe E

ENTRETIENS

Julien, 32 ans

Père cheminot, mère, institutrice

Niveau scolaire : 5ème

RMI, vit chez son amie

Traitement subutex depuis 5/6mois

Disons que j'ai connu le subutex plus ou moins par des gens qui avaient un traitement déjà et qui m'ont dépanné quand j'étais en manque et que j'avais rien. Et donc au début je me suis aperçu que c'était très efficace et... petit à petit je me suis aperçu qu'il y avait ce produit et j'ai eu envie de me faire traiter moi directement

Q : c'est la première démarche que vous faisiez ? Un traitement ?

R : oui, j'avais déjà essayé d'arrêter tout seul et, bon. Ça va pendant un temps mais après il y a une rechute. Et donc j'ai essayé ce traitement là. J'ai donc été à Charles Perrens (Hôpital psychiatrique) il y a un truc de protocole là

Q : pour la méthadone ?

R : non non c'est un protocole, subutex. Ils appellent ça un protocole

Q : et c'est quoi alors ?

R : il y a un examen avec un psychologue qui pose des questions…sur la vie en général, sur l'état d'âme aussi dans lequel on se trouve pendant le test, pendant les questions, un questionnaire écrit (ASI). Après il y a un entretien avec le Dr X qui... Pareil qui pose quelques questions comme ça. C'est assez rapide ça par contre. Ça dure 1/4 d'heure. Il veut savoir en gros la situation. Et puis voilà. Après il m'a donné rendez-vous avec le Dr D, que je vais voir toutes les semaines depuis

Q : ce protocole c'est dans l'idée d'aller voir le médecin généraliste, pas pour prendre de la méthadone ?

R : oui c'était pour le subutex directement

Q : Quel a été votre parcours scolaire ?

R : moi je me suis arrêté en 5è après j'ai préparé un CAP de mécanique poids lourd, que j'ai laissé tomber parce que j'ai eu un accident en cours, je me suis cassé la jambe. Ce qui fait que j'ai redoublé une

année et le fait de refaire encore une année ça m'a dégoûté. Et puis j'ai arrêté. Après j'ai fait divers boulots, sur Paris, et puis j'ai souvent arrêté de bosser pour faire de la musique avec des groupes. Ça me prenait pas mal de temps. J'ai eu les assédics pendant un temps, après je suis retourné à Paris. J'ai trouvé un métier, tireur filtreur, c'est-à-dire… c'est des travaux de laboratoire photo, tout ce qui est développement tirages. Je travaillais donc dans un laboratoire professionnel

Q : vos petits boulots duraient longtemps ?

R : oui ça, ça a duré 2 ans et demi dans le labo. J'ai appris ce métier qui m'a relativement plu. Et puis bon… J'avais toujours des périodes où je prenais quelque chose soit de l'héroïne soit… Ça a commencé, j'avais 17 ans. J'en ai pris pendant six mois un an, et bon. J'en ai eu assez. C'était à Angoulême. Après j'étais à Paris pour travailler pour arrêter ça

Q : l'idée c'était que le travail vous permette d'arrêter ?

R : oui voilà. Donc j'ai travaillé pendant un an, j'en ai pas repris. Ça a duré jusqu'à 19 ans. Après je suis retourné à Angoulême pour jouer dans un groupe… Ça a duré 3 ans où je ne touchais à rien. Et après donc je suis retourné à Paris. Et là, j'ai recommencé à prendre, parce que j'ai rencontré des gens qui en prenaient. Et donc ça a commencé … Une fois par mois, après c'était une fois toutes les semaines et puis après de plus en plus. Ça sur deux ans et demi

Q : c'était toujours de l'héroïne ?

R : oui, donc ça sur deux ans et demi

Q : vous aviez quel âge ?

R : 24/25 ans

Q : entre 17 et 24 ans vous n'avez rien pris ?

R : oui disons que j'ai commencé à 17 ans pendant six mois et après jusqu'à 25 ans j'en ai pas repris.

Q : mais qu'est-ce qui s'est passé à 17 ans pour que vous ayez envie d'arrêter ?

R : parce que ça ne m'intéressait pas

Q : qu'est-ce que vous voulez dire ?

R : c'était... Le fait que c'était trop accès sur la drogue. C'est-à-dire que petit à petit, tout le temps, toutes les pensées se retrouvaient là-dessus

Q : vous en avez pris beaucoup d'emblée ou…

R : oui oui en plus c'était directement en intraveineuse… Enfin bon. Ça ne m'a pas intéressé. Et ça parce que justement ça devenait trop systématique, trop… Rien que ça, faire que ça.

Q : et c'était avec des copains ?

R : oui oui c'était des amis au départ et après ça a été… Vu qu'il y avait des prises de bec avec mon amie du moment j'ai dit : écoute. Reste là, je vais monter à Paris. Je suis resté pendant un an à Paris. Après, retour à Angoulême pour faire de la musique. En fait, une fois que j'étais monté à Paris, je n'en ai plus repris.

Q : et à ce moment là vous travailliez ?

R : à Paris j'ai fait chauffeur livreur et puis de la maintenance des petits boulots. Et après j'ai fait de la musique à Angoulême parce que c'est un ami qui m'a appelé, qui m'a proposé de faire de la musique avec lui...et puis bon. Là, rien. Pas de drogue. Et puis après, je suis remonté à Paris. Et là, ça a

recommencé. Je devais avoir 24 ou 25 ans. Ça recommencé parce que donc... Enfin disons que j'ai rencontré des gens qui en consommaient

Q : dans le cadre de la musique ou…

R : non parce que là j'étais monté à Paris pour recommencer à travailler parce que le groupe n'avait pas marché. et donc(...) Comme je faisais des boulots qui ne m'intéressaient pas tout le temps… Et puis même quand j'ai trouvé un travail qui m'intéressait, vu que l'héroïne ça me plaisait quand même, il y a quand même un train train à Paris, je veux dire Métro etc. C'est assez ennuyeux même si le boulot plait en lui-même, connaissant déjà l'héroïne je me suis dit : tiens, c'est sympa quoi, et donc

Q : qu'est-ce qui était sympa à ce moment là ? Parce que la première période où vous en avez pris vous m'avez dit que finalement ça ne vous intéressait pas

R : disons que j'aimais bien quand même... Mais j'avais quand même envie de voir autre chose. Je me suis aperçu à 17 ans que ce n'était pas une fin en soi. Après, plus tard, je n'ai pas eu la même réaction. J'ai plutôt pris ça comme : bon. On va boire un coup.

Q : à 17 ans vous ne faisiez que ça ? Ça vous empêchait de faire autre chose enfin, vous n'aviez pas d'autres activités ?

R :oui voilà. Bon. J'avais des amis quand même mais je suis allé trop vite

Q : des amis qui en prenaient aussi ?

R : et d'autres qui n'en prenaient pas. Disons que j'ai eu envie de faire autre chose. Je n'avais pas de travail rien du tout. Je n'étais pas encore entré dans le monde du travail à 17 ans... Donc voilà, une fois que je suis retourné à Paris, j'ai recommencé petit à petit à en reprendre... Et puis à force, comme c'est un produit qui accroche, quand on n'en prend plus on est mal

Q : là ça s'est fait moins vite ? Vous n'avez pas été accroché d'emblée ?

R : oui ça a été moins vite parce que déjà, je ne la prenais pas en shoot. Là c'était en sniff

Q : vous avez voulu aller doucement ?

R : non c'est pas que j'ai voulu aller doucement, c'est que ça s'est fait comme ça. Déjà en ligne, on est accroc moins vite, on est moins malade. Ce qui fait que je pouvais en prendre une fois par mois, comme ça, et puis après… Je travaillais donc ça m'occupait quand même assez l'esprit (le travail) et puis j'avais une travail qui m'intéressait donc...pendant 6 mois à Paris, j'ai eu ce travail dans le laboratoire photo là. J'ai commencé coursier. Mais en même temps, c'était des patrons sympas. Ils m'ont appris le métier. Et puis en plus, je connaissais quelqu'un dedans qui avait appris le métier et qui me l'a appris aussi à moi. Ce type là est parti et moi j'ai proposé au patron de prendre sa place. Il m'a dit : je te prends un mois à l'essai et puis si ça le fait je te mets sur le poste. Ça a marché. Mais bon, tout en marchant ce truc là, ça devenait tous les week-end (l'héroïne). Même si j'avais un boulot, si ça allait dans ma tête et tout… Mais c'était plus pour une fête. Et puis à force des fêtes, machin, et on se retrouve accroc et après ça devient un besoin

Q : mais vous aviez été déjà malade, en manque les premières fois où vous en aviez pris à 17 ans ?

R : pas trop. J'ai pas eu trop de problèmes à arrêter en fait. C'est surtout le côté systématique qui m'embêtait tandis qu'à Paris je faisais quand même de la musique parce que j'ai connu des gens qui faisaient de la musique, des gens aussi qui prenaient de l'héroïne. Donc ça faisait un peu un tout : je

bossais, je faisais de la musique et je prenais de la défonce... Et donc voilà. Je me suis retrouvé embringué dans ce système là

Q : mais c'était bien ?

R : oui oui c'était bien, parce qu'il n'y avait pas de galère. A côté de ça, je me faisais un peu d'argent, j'arrivais à me payer de l'héroïne parce que je travaillais. Donc ça allait à peu près. Mais bon… Toujours quand il y a des périodes où il n'y en a pas… Il y a toujours des périodes où il n'y en a pas et où justement on commence à être malade. Et plus ces périodes se font fréquentes, elles se font fréquentes obligatoirement parce qu'il n'y a pas de plans qui marchent toujours régulièrement, ça arrive mais pas souvent... Dès que le gars se fait chopper, là il faut trouver un autre dealer. Donc dans ces périodes là on est mal... et donc ça fait chier de se retrouver comme ça, j'ai voulu arrêter

Q : mais pour trouver des plans, ça vous paraît peut-être évident mais est-ce que vous pouvez me dire comment vous avez fait, vous connaissiez des gens ?

R : oui oui, je suis arrivé à Paris et... Disons que la personne avec qui je suis parti à Paris, elle connaissait d'emblée des gens qui en consommaient. Ce qui fait qu'au départ, en en prenant une fois par mois je savais où aller en chercher, parce que j'étais parti avec une personne qui connaissait et après... Petit à petit, on rencontre des gens qui en consomment, qui ont d'autres plans. Donc en fait c'est par connaissance, parce qu'on est dans un milieu où les gens prennent de la drogue, où certains ont des plans. Et quand il y a un plan qui foire on réfléchit : tiens, machin en prend, je vais aller le voir, lui demander s'il n'a pas. Et puis voilà. Il suffit de connaître une personne en fait. Au départ, on connaît une personne, on arrive à juger le milieu, voir comment ça se passe, et après on y va. Au départ ça se passe comme ça. Et puis après, moi je suis aussi allé chercher des plans dans les endroits où je savais que ça circulait... Demander comme ça, dans la rue et puis trouver aussi des plans comme ça

Q : quand vous en preniez le week-end en fête c'était avec des amis ou quand vous parlez de fête c'est aussi avec des gens qui en prennent sans que ce soit des amis ?

R : non non des amis... Disons qu'on allait voir le dealer, on en prenait. Le dealer on ne peut pas dire que c'est un ami mais bon. Il y avait une personne qui connaissait bien le dealer qui me l'avait présenté. Et après j'y allais tout seul ou... On était plusieurs amis à avoir le même dealer. Donc voilà on se faisait des fêtes et puis après...

Q : et alors les fêtes c'était comment ?

R : on se faisait des lignes et puis on discutait, on sortait... C'est-à-dire que ça met bien pendant un certain temps quand même. Mais après, plus ça va, plus il faut en prendre, plus ça coûte cher aussi

Q : là le salaire ne suffit plus

R : voilà. Il y a un moment où on commence à tirer un peu sur la corde et là, encore, l'envie d'arrêter parce que ça bouffe un peu la vie quand même. Au début c'est bien, c'est bien, et puis petit à petit, ça devient moins bien. Parce qu'il y a accoutumance. Il en faut de plus en plus pour ne pas être malade, de plus en plus d'argent, ça devient un cercle vicieux... On n'arrive plus à faire face

Q : faire face au niveau du travail vous voulez dire ?

R : non financièrement parlant. C'est-à-dire qu'on n'arrive pas à avoir assez d'argent pour être assez bien tout le temps. Et puis même après, quand il n'y en a plus, on est malade. Et là, on se dit : il faut arrêter, arrêter. Mais on est tellement mal que dès qu'on a une occasion de replonger, on en prend. C'est

pas pour replonger, c'est pour être mieux, moins mal physiquement et puis dans la tête. Parce que, pareil, quand on arrête, si on veut arrêter, dans la tête on se retrouve… C'est vide, il y a un grand trou. Même si on n'est pas mal physiquement, on n'a pas envie de faire de choses... Donc là ça m'est arrivé à Paris d'être comme ça et... Pareil j'avais un ami qui connaissait des gens à Bordeaux pour faire de la musique. Donc j'ai tout laissé tomber à Paris, je suis venu à Bordeaux où je ne connaissais personne à part un ami de Paris

Q : vous aviez arrêté le travail ?

R : oui j'ai arrêté le boulot. J'ai arrêté de prendre de la drogue et tout. Mais bon. Ce qu'il y a c'est que, je suis parti avec une personne qui prenait aussi des trucs. Et cette personne là, faisait la navette entre Paris et Bordeaux. Moi j'étais resté à Bordeaux. Lui, il venait faire de la musique avec nous et après il retournait à Paris une fois par mois ou... Ce qui fait que cette personne, de temps en temps, elle ramenait un peu d'héroïne de Paris à Bordeaux. Ce qui fait qu'après, j'ai recommencé encore.

Q : mais avant ça, vous m'avez dit qu'à une période c'était très bien, entre votre boulot, la musique, la fête... et vous avez tout plaqué

R : disons que j'en avais un peu marre de la came. J'avais un travail qui me plaisait quand même, mais moi, ce que j'ai toujours voulu faire dans la vie, c'est faire de la musique. Et donc, dès que j'avais l'occasion de trouver un groupe, si je voyais que ça marchait bien...je laisse tomber le boulot, je me dis : si je me démerde bien à me faire licencier machin, je vais avoir les assédics, je vais pouvoir avoir un peu de tunes et pouvoir me consacrer un peu plus à la musique...Donc il y a eu ça qui m'a fait partir de Paris et puis aussi un peu le fait de vouloir arrêter la came. Mais bon. Ça a marché un temps ça, parce que le pote qui venait de Paris, lui aussi il voulait arrêter un peu, mais bon. Arrive un moment où on se croit assez costaud, quand ça fait un petit moment, on en reprend un peu... Et ça recommence

Q : vous avez souvent comme ça arrêté, repris ?

R : oui mais les périodes où j'étais dedans étaient souvent beaucoup plus longues... Et après quand je suis venu à Bordeaux, il y a eu l'héroïne, après, il y a eu les amphétamines qui se sont mis dessus... Et là j'ai recommencé à faire des shoots. Ça a duré un moment. Mettons… Avec des périodes de quelques semaines d'arrêt...mais très peu quoi

Q : là, c'est parce qu'il n'y en a pas ou

R : oui voilà c'est plus ou moins forcé

Q : quand vous dites qu'il y a de longues périodes où vous étiez « dedans », concrètement ça veut dire que vous ne faisiez que ça ?

R : non non... non parce que je faisais quand même de la musique. Mais j'avais quand même besoin du produit pour être bien, pour être à l'aise. C'est-à-dire que si je n'en avais pas j'étais mal. C'est-à-dire que : ça y est. J'étais dans le truc. C'est-à-dire qu'il me fallait le produit pour avancer

Q : avancer. Vous voulez dire pour jouer pour…

R : oui et puis même pour être en forme. Donc une fois que c'est comme ça, soit on continue, soit on arrête vraiment. Et puis bon. Moi j'ai continué. Et puis ça pendant plusieurs années, jusqu'à ce que le subutex arrive plus ou moins. J'ai commencé avec le Subutex. Au début, c'était quand il n'y avait pas d'héroïne. Et après, petit à petit, je me suis aperçu que ça aidait, qu'il n'y avait plus besoin d'héroïne.

Q : mais pour bien comprendre, au début vous m'avez dit que vous avez arrêté parce que ça ne vous intéressait pas. Après vous avez eu des périodes où vous étiez dedans et puis d'autres où vous arrêtiez. Là ce qui vous intéressait c'était le plaisir, est-ce qu'il y avait aussi autre chose, je ne sais pas, le fait d'être autrement…

R : oui oui il y a un côté aussi désinhibiteur, parce que... On est une autre personne

Q : c'est-à-dire ?

R : beaucoup moins coincé… On a l'impression d'être plus proche des autres, de mieux comprendre les autres, de mieux se comprendre soi-même. Enfin, on est beaucoup mieux. Et c'est vrai qu'il y a un côté aussi… On a l'impression que ça ouvre, qu'on est pas… Plus proche des gens mais... Oui ça désinhibe. Il y a moins de blocages. Pour faire la fête, on va être moins timide vis à vis de certaines personnes. Donc il y a aussi ce côté là. C'est vrai que ça enlève des barrières qu'on pourrait avoir naturellement si on n'en prend pas.

Q : et ça vous permettait de mieux jouer de la musique ou

R : pas forcément mieux jouer de la musique. Non c'est surtout socialement. Socialement parce que il y a un moment, si on en prend trop, en musique on n'assure pas du tout parce qu'on devient mou, on est bon à rien. On a l'impression que c'est bien mais en fait c'est pas bien

Q : Socialement ça veut dire quoi alors ?

R : avec les gens en général

Q : dans vos relations ?

R : oui alors, pas forcément les relations de couple mais... Si quand même… Oui on se sent plus à l'aise vis à vis des gens

Q : mais les gens qui étaient autour de vous là c'était qui ?

R : des amis, des petites amies, et puis des gens qu'on rencontre dans la fête, pour un soir. Justement là où j'aimais bien c'était justement pour sortir c'est-à-dire quand on va dans un bar, on voit des gens, on a envie d'aller les voir pour parler de choses et d'autres et là, on va plus facilement vers elles, autant filles que mecs. Parce que dans le milieu de la musique, il y a des gens qu'on rencontre, on peu avoir envie de discuter avec eux, comme ça, pour faire des relations

Q : et là le milieu de la musique c'était pas forcément des gens qui consommaient

R : non, pas forcément, parce que j'ai essayé toujours de faire un peu le partage entre les gens que je fréquentais et les gens avec qui je me fournissais... Il y a les fournisseurs et puis je ne voyais pas forcément que des gens qui se défonçaient. Ceci dit, on en voit quand même beaucoup parce que j'avais des amis aussi qui se défonçaient...et on se défonçait ensemble

Q : et les gens qui ne prenaient rien, ils savaient que vous preniez de l'héroïne ou pas

R : oui quelques uns.... oui en général ils savaient. Mais c'est vrai qu'il y en avait quand même pas mal qui en consommaient. J'en connaissais quand même pas mal et plus que le contraire (des gens qui n'en prenaient pas). Et donc ceux qui n'en prenaient pas, qui savaient que j'en prenais, c'était des gens qui connaissaient plus ou moins le truc...c'est-à-dire qui en avaient pris occasionnellement sans tomber dedans. Et puis quand c'était des personnes qui ne connaissaient pas, je ne leur en parlais pas... Comme elles ne connaissaient pas, elles n'arrivaient pas trop à déceler le truc

Q : pourquoi vous ne vouliez pas en parler ?

R : parce que... En croyant que ça ne passerait pas. J'ai préféré ne pas en parler plutôt que de mettre un malaise… Il y a des gens qui ne comprennent pas. Il y en a beaucoup même. Ils ne comprennent pas comment ça peut être. Et puis tout ce côté, la seringue tout ça... Ce côté quand même repoussant... C'est pour ça, c'est pour éviter de choquer

Q : mais vous avez déjà concrètement discuté avec quelqu'un qui a été choqué...par la « drogue » ou...

R : non

Q : je ne sais pas, un proche qui aurait pu être choqué parce que vous preniez de la drogue

R : ...oui j'en ai parlé à mes parents... Ça leur a fait drôle... Ils ont été sur le cul. Quand je leur ai dit ça : « comment ? » Ça leur a fait vachement peur. Mais c'est les seules personnes à qui j'en ai parlé vraiment. Sinon, ceux qui ne le savaient pas, j'avais pas envie de… Disons que je n'étais pas assez proche d'eux pour leur dire. Si c'était des gens que je voyais comme ça, que j'aimais bien, mais pas assez pour raconter ma vie...

Q : et par rapport à vos parents vous n'avez pas eu peur qu'ils vous rejettent pour le coup ?

R : non parce que quand je leur ai dit, c'était dans une période justement encore, où je voulais arrêter. Et je voulais qu'ils m'aident un peu. Soit parce que je voulais passer une semaine chez eux, faire un premier arrêt... Donc voilà j'y suis resté une semaine, on a discuté pendant toute la semaine. Le problème c'est qu'après je suis retourné à bordeaux (j'habite près d'Angoulême) et, en retournant, à Bordeaux, j'ai revu des gens et j'en ai repris

Q : vous m'avez dit que vos parents ont réagi en ayant peur

R : oui oui

Q : qu'est-ce qui leur a fait peur ?

R : ma mère me voyait... Comme ce qu'on voit à la télé. Souvent l'information elle est... Des fois c'est vrai, mais c'est vachement exagéré et ils me voyaient... Complètement dépravé, dans un squat en train de planer...

Q : c'était pas le cas ?

R : non parce que j'essayais toujours de... Pas être avachi... Même si ça arrive des fois en fin de soirée mais

Q : vous avez cherché à leur expliquer que vous n'étiez pas comme ça c'est ça ?

R : oui oui. Mais ils avaient quand même... Parce que ma mère elle a toujours dans sa tête, elle n'arrive pas à...Voir le truc. Ça lui faisait peur. Elle n'arrivait pas à passer au dessus ça. Donc elle n'attendait qu'une chose, c'est que j'arrête. Comme je ne les vois pas trop souvent, parce qu'ils ne sont pas ici, donc je les avais par téléphone et je mentais. Je leur disais : non ça va. Pour éviter justement de... Il y a même des moments où j'ai regretté de leur avoir dit parce qu'avant, ils ne le savaient pas, je les voyais, ils ne s'en apercevaient pas. Mais bon. Leur dire ça m'a fait aussi un peu de bien. Je leur ai dit surtout en souhaitant une aide, des personnes qui pourraient m'épauler un peu. Mais en fait ils n'ont pas trop... Ils n'ont pas pu, ils n'ont pas fait face. Donc après, je leur ai menti. Je leur ai dit que j'arrêtais

Q : vous épauler ça aurait été quoi, être là ?

R : je ne sais pas. Je ne sais pas comment. Je pensais que le fait de les mettre au courant, ça aurait fait quelque chose. Je ne sais pas. Je l'ai fait un peu sans réfléchir, comme ça, pour voir ce qui se passerait, ce que ça ferait... Et ça n'a pas fait grand chose à part leur faire du mal

Q : aujourd'hui vous avez de bonnes relations avec eux ?

R : oui ça va... mon père il est assez vieux jeu mais ça, c'était chiant quand j'étais plus jeune, maintenant que je ne suis plus chez eux, ça va. Quand je le vois, ça va. En plus, maintenant ça va mieux parce que depuis que je suis le traitement... Bon. Ma mère elle s'en rendait compte quand même, parce que des fois elle venait à Bordeaux, elle me voyait... J'étais tout maigre, et puis ça se voit quand même à la tête et tout...

Q : vous m'avez dit que votre mère a eu peur mais vous, vous aviez l'impression d'être dans une situation critique, un peu dangereuse ?

R : oui parce que j'ai quand même fait des malhonnêtetés, avec ça au bout d'un moment on n'a plus d'argent. Donc j'ai fait des petits cambriolages des trucs comme ça. Et ça parce que justement j'ai rencontré des gens qui faisaient ça pour s'en sortir, qui étaient dedans et… bon moi j'ai fait comme eux, je suis allé avec eux. Et soit on prenait de l'argent, soit on prenait des trucs à revendre. Donc c'est surtout pour ça… Arriver à des trucs comme ça. En plus j'ai été arrêté par les flics plusieurs fois, j'ai pris du sursis. Donc arrive un moment où il faut arrêter sinon après... On se retrouve en taule. Disons que c'est comme ça que moi j'ai eu de plus en plus envie d'arrêter, et de trouver une solution. Et c'est pour ça que quand le subutex est arrivé

Q : là vous vous disiez que vous commenciez à aller dans des trucs dangereux ?

R : oui oui oui quand même oui

Q : c'est essentiellement l'idée de la prison qui…

R : il y a ça et puis... A force ça a tout bousillé. Les gens avec qui je faisais de la musique, eux ils ne se défonçaient pas tous, donc ils s'apercevaient que j'étais pas normal. Des fois c'était avec les amphétamines, là on est complètement exalté un moment et puis après le lendemain, on est mal. Et puis il y a les cachets aussi, ce qui fait que... On n'est plus soi-même. Oui on n'est plus soi, ce qui fait que les autres s'en aperçoivent

Q : vous n'arriviez plus à assurer au niveau musical ?

R : oui oui c'est ça. Ça joue oui. Ça n'allait plus musicalement et vu que j'y attache quand même une grande importance, ça m'embêtait, mais bon. Le fait que ça m'embêtait c'était pas assez fort pour arrêter, pour dire : non j'arrête et je fais de la musique.

Q : quand vous me dites « on n'est plus soi-même », là c'est ce changement de « personne » qui vous gênait le plus ou le fait que vous n'arriviez pas à assurer

R : le fait qu'on arrive pas à assurer et puis le changement aussi de personne parce que, moi je sais que plusieurs fois, étant sous l'influence de différentes drogues... De ne plus me rappeler le lendemain ce que j'avais fait ou… Oui c'est ça le trou, le trou noir. Donc là, quand ça devient un peu systématique… Et puis même, soi-même on se néglige vachement plus, les fringues, on est crade… Et puis on ne s'en aperçoit pas et bon. Petit à petit, on en entend parler, ça discute

Q : il y a des gens qui vous font sentir que vous vous négligez c'est ça ?

R : oui voilà. Et puis que même on déjante un peu dans la tête... Des amis qui le disent : « putain tu délires ». Et puis même, des blabla, des gens qui disent ça sur moi ou...

Q : des histoires qui tournent autour de vous c'est ça ?

R : oui et puis on se voit dépeint d'une certaine façon que soi-même on ne s'imaginait pas comme ça. On se dit : « non c'est pas possible ». Et en fait on s'aperçoit que si, effectivement, on est effectivement comme ça et là... On commence à se dire petit à petit qu'il faut faire quelque chose...

Q : et ces histoires elle dépeignait quel personnage...un personnage qui est crade qui…

R : oui. Le looser. Parce que bon la musique ça ne marche plus trop donc… On ne fait plus rien de sa vie, sauf se défoncer. C'est pas intéressant. Mais ça, on s'en aperçoit quand on a rien (pas de drogue) mais quand on est en raide (défoncé) on s'en fout. On se dit : « oui oh tant pis ». Mais bon. Les périodes où on est cassé, c'est quand même un tout petit moment par rapport au moment où tu cherches la défonce. Déjà, tu te lèves le matin t'es pas bien. Il faut que tu passes un long moment pour chercher ton truc. Déjà trouver le pognon, après le truc, ça prend du temps. Et c'est dans toute cette période là, de galère, à traîner à droite à gauche, chercher, trouver un plan pour gagner de l'argent, soit une magouille, soit braquer... c'est ça qui fait réfléchir

Q : c'est aussi qu'au bout d'un moment ça vaut pas le coup parce qu'en pesant le pour et le contre ?

R : oui oui voilà et puis souvent on achète des trucs on se fait avoir, c'est pas de très bonne qualité, on ne sent rien, on est encore mal, alors qu'on vient de se faire chier FFFF c'est pas possible. Et à force à force de choses comme ça, il y a une telle lassitude que… Soit il y en a qui plongent, qui vont jusqu'à crever ou qui font de plus en plus n'importe quoi, soit, il y a quand même une étincelle en soi qui est là et qui dit : « non non ». Et puis il y a des gens aussi qui aident, qui épaulent, qui sont assez souvent avec, disons qui ont été assez souvent avec moi, de façon à empêcher, à discuter plutôt que de partir chercher : « non on va faire autre chose, on va faire ci et ça »

Q : ces gens c'était qui ?

R : des amis, des petites amies aussi

Q : qui n'en prenaient pas ?

R : qui n'en prenaient pas oui. Mais ça, ça l'a fait un temps parce qu'après ça n'a pas été parce que... J'ai eu une envie plus forte que moi d'en reprendre. Et j'aimais pas assez la personne pour dire : « non, je vais faire un effort ». Ce qui fait que là, j'avais encore recommencé et j'ai encore tout reperdu, la copine tout le monde

Q : quand vous dites que vous n'aimiez pas assez votre copine à ce moment là c'est parce que vous avez l'impression que si vous l'aviez plus aimé vous auriez réussi à

R : oui. Oui je crois oui je n'étais pas assez attaché à elle pour lutter. Je préférais laisser tomber, recommencer comme avant. Parce que je n'étais pas assez heureux avec elle, je suis allé chercher mon bonheur ailleurs. Parce que là, en ce moment, comme justement j'ai arrêté… Et puis avec Alex (sa copine) ça se passe bien donc c'est plus facile. Quand on a plusieurs choses en main pour arrêter, c'est-à-dire le subutex, je m'entends bien avec Alex… C'est vrai que j'ai pas de boulot, je fais un peu de musique ça va. Enfin là, ça fait pas très longtemps que j'ai recommencé. Donc j'ai un autre regard devant moi, un

panorama devant. Mais c'est vrai que le subutex ça me fait chier maintenant le subu parce qu'il y a des fois, j'aimerais bien reprendre des trucs et tout

Q : ça fait quelques mois que vous prenez du S

R : oui ça fait... Presque six mois

Q : et avant ça vous n'aviez fait aucune autre démarche en hôpital ou

R : non. La première fois (décroche) j'étais parti chez ma tante à Paris. J'étais resté six mois sans rien prendre. Et j'étais très très mal, alors que là c'est pas le cas. Je ne prends rien mais ça va. A Paris je ne prenais rien mais je n'avais aucun traitement de substitution et là, j'étais mal dans ma tête

Q : quelle idée vous aviez du subutex avant d'en prendre ?

R : je n'avais aucune idée. Parce que je connaissais pas… Enfin si, comme je disais tout à l'heure, c'était des personnes qui étaient sous traitement que je connaissais d'avant parce qu'ils prenaient de la came. Et ces personnes là, je suis allé les voir en leur demandant : « t'as pas un plan, quelque chose ?», ils m'ont dit : « non, par contre j'ai du subutex ». Alors moi : « c'est quoi ? » Et voilà. J'ai connu ça comme ça. Au début, c'était une période où je prenais du subutex et je prenais un peu des deux

Q : vous voulez dire que le subutex calmait mais ne donnait pas le plaisir ?

R : en fait, au début si. C'est-à-dire que ça me calmait mais ça me mettait bien quand même. C'est-à-dire que j'avais quand même une certaine euphorie. Alors que maintenant, ça ne le fait plus, parce qu'à force d'en prendre du subu… Maintenant, je suis normal...et...mais pas comme si je ne prenais rien. Je sens quand même que le subu est là. Ça m'aide ...c'est quand même un truc où dedans il y a de la morphine...

Q : qu'est-ce qui vous a décidé à aller voir un médecin ?

R : c'est parce que quand on se procure ça au noir, les gens ils font payer. Au début ils me le donnaient, mais après ils le vendaient. Donc il y a ce côté commerce qui m'a fait chier : « pourquoi moi je ne pourrais pas aussi me faire prescrire ». Et comme ça j'en suis arrivé à ce protocole à Charles Perrens

Q : là l'idée c'est que c'était plus simple d'aller voir un médecin ?

R : oui voilà

Q : c'était pas en vous disant « je vais aller me faire soigner » ?

R : non, pas vraiment. C'était plus pour la simplicité parce que... Déjà ça ne m'aurait pas coûté de l'argent et puis c'est beaucoup plus facile de se débrouiller par soi-même, d'avoir son truc à soi. C'était beaucoup plus ça...

Q : donc vous n'avez jamais pensé à entrer dans un protocole plus important comme la méthadone par exemple, avec des médecins, une assistante sociale ?

R : non (…) et en plus c'est quand même relativement bien parce que quand on est sous traitement bon je sais que c'est même pas la peine que je touche à l'héroïne parce que je ne vais pas la sentir. Ça enlève totalement l'effet

Q : ça vous le saviez avant de commencer ?

R : oui, oui puisque je l'ai su par moi-même parce que un coup j'ai pris du subu et puis après, une dizaine d'heures après, j'ai eu l'occasion de prendre de l'héroïne. Et là j'en ai pris et j'ai rien senti.

Q : et alors ?

R : ben j'ai eu les boules ! Ah oui ! Parce que j'avais payé le truc. Donc sur ce, je me suis dit, enfin… J'ai pris conscience de ce truc là. Et après, comme je savais que j'avais des plans d'héroïne, je ne prenais pas de subu, je prenais de l'héroïne. Et après, je n'avais plus d'héroïne donc j'ai pris du subu, et après...Comme les périodes subu étaient beaucoup plus longues que les périodes héroïne, et puis qu'à force de prendre du subu, je ne sentais plus l'héroïne, le subu a pris le dessus

Q : ça c'était avant d'aller voir un médecin ?

R : oui oui avant. Ça a duré six mois environ. Comme on ne peut pas vraiment faire les deux, il faut choisir. J'ai choisi le subu

Q : pourquoi on ne peut pas faire les deux ?

R : parce que si on prend trop de subutex on ne sent plus l'héroïne

Q : on peut arrêter le subu le temps de sentir l'héroïne ?

R : oui mais entre le temps où il faut arrêter le subu pour pouvoir sentir l'héroïne, il y a des passage où on est mal, parce qu'il faut que le subu se barre du corps. Et une fois qu'il n'y a plus rien dans le corps, on est mal. Donc il faut en prendre un des deux

Q : c'est trop compliqué de gérer ce moment où on est mal c'est ça ?

R : ben oui ! Et puis même. Après, si c'est arrêter le subu pour reprendre de l'héroïne, quand on n'a plus ou moins envie d'arrêter, c'est pas la solution. Il vaut mieux... Arrêter l'héroïne et prendre du subu, parce que vu que ça peut marcher quand même, qu'on n'est pas dépressif...

Q : on perd quand même le plaisir

R : oui. Et puis aussi arrive un moment où, malgré que j'ai un traitement antidépresseur avec...ce qui fait qu'avec les deux....d'ailleurs je vais aller les prendre (se lève pour prendre ses antidépresseurs)

Q : et les antidépresseurs c'est vous qui les avez demandé ?

R : oui je lui ai demandé. Je ne suis pas mal physiquement. Par contre, dans la tête, il y a un moment où… Ça revient. On est un peu dépressif

Q : si à un moment vous ne vous sentez pas bien ce qui peut vous aider c'est un produit ?

R : oui

Q : c'est pas autre chose ?

R : je ne suis pas assez fort. J'ai pas assez de volonté pour faire sans. J'ai essayé de faire sans. Quand j'ai passé six mois à Paris, je ne prenais rien mais j'étais vraiment mal. Toujours en train de penser à la came, tout le temps.

Q : quand vous dites qu'il y a des moments où vous êtes dépressif c'est les moments où vous pensez à l'héroïne c'est ça ?

R : soit je pense à ça, soit je pense à rien, j'ai envie de rien faire. Ça, c'est quand on se retrouve vraiment avec aucune envie. Pas envie de sortir, pas envie de… Plus rien. Poser son cul devant la télé et puis rien foutre… Complètement passif

Q : et là vous vous dites que ce qui peut vous aider c'est d'avoir un antidépresseur ?

R : oui

Q : pas un copain pour aller faire un tour ou

R : ben non parce que ça pourrait faire le même effet mais à plus long terme. Disons que c'est plus dur. Il y a un côté facilité dans l'antidépresseur. Ça c'est indéniable

Q : ça résout le problème c'est ça ?

R : oui même si il y a un moment où il faudra arrêter. Mais au moins, on peut faire ça progressivement. On est quand même suivi médicalement, on en parle avec le médecin. Enfin là, j'en suis pas encore là

Q : mais pourquoi vous dites : « il y a un moment où il « *faudra* » arrêter » ?

R : parce que je ne vais pas prendre du subu toute ma vie. C'est quand même une dépendance ! Ça ne me dérange pas pour le moment, ça ne me dérange pas. Mais je pense qu'il arrivera un moment où j'aurais envie de me dire : « je vais essayer de rien prendre ». je pense que ça va le faire

Q : pourtant j'imagine que (pour l'héroïne) c'était pas la dépendance (l'accroche pharmacologique) qui posait problème parce que j'imagine que si vous aviez eu assez d'argent, de plans, la dépendance à l'héroïne ne vous aurait pas gêné, vous n'auriez pas arrêté

R : oui ça c'est sûr...et alors là, c'est là où justement le côté…comment dire… il y a quelque chose en moi qui... Sûrement le côté desinhibiteur. Je ne sais pas si le subu le fait mais oui. C'est d'avoir envie de prendre quelque chose pour être mieux ...pour changer d'un état naturel. Oui c'est sûr que j'ai ça en tête parce que je sens que si j'ai été amené au début à prendre quelque chose, de l'héroïne, c'est parce que j'avais un mal être enfin… Je n'avais pas le bien être en moi, né. Et c'est une fois que j'ai goûté la première fois, ça m'a ouvert plein de portes, des sensations nouvelles

Q : c'est après coup que vous vous êtes dit que vous n'aviez pas un bien être en vous, une fois avoir connu le bien être que donne l'héroïne c'est ça ?

R : oui, oui c'est sûr puisque tout le monde a des périodes où on est plus ou moins bien. Et ça c'est sûr. Avant j'avais des périodes de bonheur et puis des périodes de malheur enfin pas de malheur mais des périodes où c'est plat. Et en fait ça c'est le sort de tout le monde et il y a ceux qui acceptent et ceux qui n'acceptent pas. Et moi je ne l'accepte pas parce que je connaissais les drogues. Donc je me suis précipité là-dessus, en les ayant connues

Q : vous êtes allé voir le Dr D, vous le connaissiez ?

R : non c'est à Charles Prerrens le Dr A qui m'a pris un rendez-vous avec lui...et puis il est sérieux

Q : donc vous ne connaissiez pas spécialement le protocole du Subutex avec le médecin

R : non. J'avais parlé avant avec des gens qui étaient sous traitement pour savoir comment ça se passait

Q : et ils vous ont dit quoi ?

R : ils m'ont dit, qu'il faut juste aller voir un toubib, qu'il fallait plus ou moins avant....enfin oui. Qu'il fallait aller voir un toubib et après le toubib qu'il allait t'orienter, parler, que soit tu pouvais en prendre, soit tu ne pouvais pas. Et qu'il fallait faire ça pour en prendre. Qu'en fait, c'est le médecin qui est au départ, qui oriente le truc

Q : vous saviez par exemple qu'il fallait y aller tous les jours, des choses comme ça ?

R : moi j'ai connu le truc à Ch Perrens. Ça, ça s'est passé parce que c'est Alex qui est allé voir un toubib. Elle m'en a parlé et après mois je l'ai fait. Et voilà. Je suis allé passer deux heures là-bas pour faire les questionnaires. Et après, le Dr A m'a branché avec le Dr D

Q : vous en avez pensé quoi du protocole, des questionnaires ?

R : of... moi j'ai suivi. J'étais prêt à faire ça pour avoir du subu. Mais ce que j'en ai pensé... Que c'était des questions un peu… Je ne savais pas trop à quoi… enfin disons que ça devait leur servir à quelque chose, que je ne savais pas quoi, mais que si je le faisais c'était pas pour rien. Mais après, j'ai rien pensé de spécial. J'ai rempli le truc et voilà.

Q : vous avez eu l'impression d'être reçu ou vu comment ?

R : je ne me suis pas occupé de ça, de comment je pouvais être perçu. Pas du tout parce que non ça… Disons que j'ai plus ou moins… pas l'habitude d'en parler mais si remarque. J'ai l'habitude d'en parler. Parce que de drogues j'en avais déjà parlé avant soit à des assistantes sociales, soit à des trucs comme ça. Ce qui fait qu'une fois que je me suis retrouvé devant ce questionnaire, ça ne m'a pas géné de dire ça directement devant n'importe qui. Enfin devant quelqu'un qu'on ne connaît pas… C'est un questionnaire assez… Ils posent des questions assez personnelles mais pas vraiment personnelles non plus c'est-à-dire que comme je sais que c'est un questionnaire type, n'importe quelle personne on va lui poser exactement les mêmes questions... Et puis moi si ça me permettait d'avoir le subu je m'en foutais

Q : vous me dites que comme c'est un questionnaire type, c'est pas personnel mais est-ce qu'il y aurait quelque chose de plus à dire, quelque chose de personnel que vous auriez voulu

R : à mon sujet ?

Q : oui enfin, est-ce que vous avez l'impression que le fait que vous ayez pris de l'héroïne, fait qu'il y a quelque chose à dire de vous, des choses personnelles à dire ?

R : moi je sais qu'il y a quelque chose qui m'intéresserait ce serait de pousser ça psychologiquement. C'est-à-dire de savoir pourquoi il y a des gens qui se tournent vers ça et d'autres non. C'est peut-être un truc qui vient de l'enfance, de l'éducation, c'est un manque… Il y a un manque quelque part ...

Q : ça, ça vous intéresserait ?

R : oui (coupure face). le fait que j'ai connu comme ça la drogue

Q : vous avez le sentiment qu'il y aurait une faiblesse en vous, que vous avez des difficultés ?

R : oui

Q : c'est votre sentiment ou c'est quelque chose qu'on vous a dit ?

R : non non. J'en ai parlé oui mais... Je ne sais pas comment c'est venu ce truc là si c'est parce qu'on me l'a dit ou… Toujours est-il que je le pense maintenant. Ça fait un petit moment quand même qu'il y a un truc quelque part qui fait que... Qu'il y a un blocage. Parce que justement j'ai entendu parler de… En y croyant ou en y croyant pas non plus, mais que… Je ne sais pas, des témoignages de gens qui disaient que ça leur a débloqué des trucs (l'investigation psychologique). Donc je me suis dit... Et puis même, je ne sais pas, en commençant à la 20aine, je sentais qu'il y avait des trucs… Comme une inhibition ou des blocages sur tel et tel truc. Soit en me voyant moi qui était un peu timide, soit en voyant d'autres gens qui étaient beaucoup plus ouverts. Je me demandais : « pourquoi moi je ne suis pas comme ça ? » J'avais l'impression d'être plus renfermé que d'autres, et que je préférais, j'aimais bien les gens ouverts, qui sont rigolos qui ont de l'humour, qui s'en foutent un peu de tout, naturellement (sans drogues). C'est un côté que je n'ai pas vraiment en moi, qui fait que c'est vrai qu'une fois qu'on est raide on est bien on n'est plus bloqué

Q : quand vous m'avez parlé de témoignages de gens chez qui la psychanalyse avaient débloqué des trucs c'est des gens qui avaient pris de la came ?

R : non. J'ai connu la copine d'un frère à moi qui faisait une psychanalyse et elle m'en a parlé. Avec elle j'ai pas mal parlé psychologie parce que je crois qu'elle avait de gros blocages. Donc elle avait envie de faire une analyse parce qu'elle justement avait entendu parler de gens que ça avait débloqué, moi j'ai pas envie de faire une analyse hein ! Parce que... Mais j'aimerais bien quand même savoir, ce qui a pu entrer inconsciemment dans l'enfance, même si ça se trouve, il n'y a rien je ne sais pas… Mais je le sens quand même

Q : vous avez vous l'impression qu'il pourrait y avoir une cause ?

R : oui oui...et que si je le découvrais ça pourrait me... Tout d'un coup, pof ! Ah ben oui ! ça c'est un côté peut-être...je ne sais pas....

Q : mais ça c'est quelque chose à quoi vous pensez souvent, ça vous paraît important, ça vous empêche pas de vivre ?

R : non ça ne m'empêche pas de vivre, mais des fois oui ça m'embête comme... Parce que j'ai des périodes.... Pas vraiment envie de se bouger ...faire en sorte que ça aille mieux, faire en sorte de trouver un boulot qui m'intéresse, avoir un peu de pognon parce que c'est encore quelque chose qui m'embête. Financièrement parlant c'est pas ça. J'aimerais bien voyager faire plein de trucs. Et puis d'un autre côté, je n'arrive pas à me mettre dans la tête qu'il faut que je travaille parce que ça prend du temps. Ce que j'aimerais bien ce serait avoir un boulot, et qu'en fait ce soit un travail mais que je ne m'aperçoive pas que ce soit un travail que ce soit un truc qui m'intéresse vraiment, que je puisse faire ça n'importe quand

Q : là vous ne parlez pas vraiment d'un blocage intérieur qui vous empêcherait de faire des choses c'est plutôt que c'est « chiant » de travailler par exemple

R : oui oui mais j'arrive pas à faire face à ce truc là (la nécessité de travailler) à moins d'avoir un travail qui me plaise vraiment. Parce que je sais que ça m'est déjà arrivé plusieurs fois de rentrer du boulot, enfin j'ai pas travaillé énormément dans ma vie mais quand même j'ai du bosser cinq ans, si je mets tout bout à bout, et... Il y a quand même vachement souvent, arrive un moment où ce que je fais ne m'intéresse plus. J'ai envie de faire autre chose et que le boulot ça bloque. Le fait de faire 8 heures par jour, tous les jours le même trajet...

Q : et il y a des choses qui vous intéressent ?

R : oui il y a des choses qui m'intéressent, la musique, j'aime bien la photo. En ce moment je m'oriente un peu justement pour trouver, un stage dans la photo numérique parce que je crois que ça me plairait bien. Mais c'est pareil, il y a toujours des moments où je commence à faire quelque chose et je vais... Comme ça, un coup je laisse tomber , je vais arrêter. Pas assez assidu, pas assez régulier et donc c'est dans des périodes comme ça que je me dit : « merde qu'est-ce qu'il y a...pour que je n'ai pas de suivi ? » J'ai pas de suivi... Et ça., ça a toujours été plus ou moins vrai

Q : mais ça, ça vous arrive pour tout où il y a des choses qui vous intéresse au point que vous ne vous arrêtiez pas en route ?

R : non pour tout. Même la musique. Des fois, il y a des répets où je me dit : « bon je ne vais pas y aller ». Alors que j'aime bien. Une fois que j'y suis ça y est, j'y suis, ça le fait . J'éprouve des sensations

que je n'éprouve pas ailleurs. Je trouve ça vraiment bien. Mais, il y a quand même un truc qui fait que... C'est la flemme je crois. J'ai une grosse flemme. Je ne sais pas si c'est psychologique

Q : vous vous dites que c'est psychologique ?

R : un peu quand même. Si je ne savais pas qu'il y a ce truc qui m'intéresse, je comprendrais mais là, je sais qu'il a des trucs qui me plaisent et que je ne les fais pas uniquement... Soit par feignantise ou... Oui par feignantise. Et j'aimerais bien... En fait je crois que j'ai tous les éléments en mains mais il faut que je me bouge moi et je ne le fais pas

Q : concrètement vous faites très peu de choses ?

R : je fais des trucs, mais... Assez peu quand même. Là j'ai essayé de reformer le groupe avec qui je jouais, ça se fait petit à petit. Mais j'arrive à faire des choses mais pas sur un très long terme. Je crois que c'est ça. C'est qu'il me faut beaucoup de temps pour mettre les choses en route. Mais en mettant ces petites choses petit à petit... Mais le problème c'est que ça me fait perdre du temps, le temps à côté de ça il avance

Q : perdre du temps par rapport à quoi, vous avez une référence ?

R : je vois déjà, depuis le temps que je fais de la musique, il y en a depuis le temps qui aurait réussi enfin qui... En travaillant régulièrement vont arriver à faire un truc et après. ils arrivent à tourner beaucoup à jouer, même sans gagner de l'argent. Moi, si je pars jouer ailleurs, tourner, faire des concerts deux trois fois par semaines, même deux fois, même une fois seulement, ça serait bien. J'aurais l'impression d'avancer, alors que là, non. Parce que soit les répets ça le fait pas, on se prend la tête, c'est pas tout le temps vis à vis de moi, mais je sais qu'il y a une part de moi. Mais depuis le temps que je joue de la musique je pourrais en être plus loin que là où je suis actuellement. Mais c'est vrai qu'il y a eu la drogue. Ça a cassé. Les médicaments aussi pour jouer c'est pas bon. Le fait de laisser passer le choses, ça fait perdre du temps. Donc, je me retrouve encore… D'accord j'ai un acquis musical en main, que je n'avais pas il y a quelques années, mais je suis toujours au même point c'est-à-dire que je ne fais pas plus de concerts ou de choses comme ça...

Q : vous jouez de quoi

R : de la basse

Q : et là vous avez un groupe

R : oui oui. J'en ai fait pleins de groupes. Ça s'est arrêté. J'ai pas eu trop de réussite avec ça, je ne sais pas pourquoi. Peut-être je suis tombé avec des mauvaises personnes ou… Je m'entends bien avec eux mais on est pas assez... Dans le groupe il faut qu'il y ait un meneur, quelqu'un qui bouge un peu tout le monde, ou plusieurs personnes même. Alors que souvent dans les groupes on arrivait à faire des morceaux à jouer tout ça mais… Pas de sérieux et souvent on se défonçait plus qu'on ne jouait.

Q : aujourd'hui concrètement vous ne travaillez pas

R : non

Q : comment vous faites pour vivre ?

R : j'ai le RMI et Alex elle a le chômage, elle a un peu plus que moi, ce qui fait que ça va. Le loyer ici on ne le paye pas. Donc c'est quand même pas mal de ne pas avoir le loyer à payer...

Q : pour revenir au subutex quand vous avez vu le Dr les premières fois, ils vous a expliqué le traitement comment ça allait se passer

R : oui oui

Q : comment il vous a expliqué ?

R : qu'est-ce qu'il m'a dit... Je ne me rappelle plus... Il m'a bien expliqué ce que c'était le subutex que c'était un substitut de l'héroïne, c'est-à-dire que quand on en prenait on n'était plus malade. Ça je m'en étais aperçu par moi-même. Enfin, il ne m'a pas appris grand chose. Il m'a expliqué, il ne m'a pas appris plus que ce que je savais. Il m'a dit qu'on allait commencer par une petite dose et que si ça ne suffisait pas on allait augmenter la semaine d'après... au début c'était un peu dur parce que... Déjà, quand je suis rentré chez lui je prenais plus de subutex que ce qu'il en a prescrit au départ...

Q : mais vous lui avez dit que vous en aviez déjà pris ?

R : oui, mais il m'a dit : « oui mais bon on va quand même commencer par tant les premiers jours et si ça ne suffit pas ». Il m'a dit : « on va commencer 8mg ». Je lui ai dit : « ça va faire léger ». Et lui : « tant pis, je préfère passer par là, ne vous inquiétez pas, si ça ne suffit pas on en rajoutera, mais il faut en passer par là ». Donc je suis passé par là et puis on a augmenté jusqu'à ce que j'ai maintenant

Q : vous en avez pensé quoi qu'il veuille à tout prix passer par là alors que`

R : j'en ai pensé que… Il savait ce qu'il disait, je n'allais pas aller contre parce que moi j'aurais trouvé mieux d'en avoir plus tout de suite. J'ai dit : « ok on va faire comme ça parce qu'il est médecin, il sait ce qu'il dit ». Et puis comme il a insisté sur le fait que même si c'était pas la dose qu'il me fallait que… On pouvait augmenter, donc je me suis dit : « ok on va essayer, même si au début c'était un peu difficile parce que j'avais pas vraiment ce que je voulais, parce que la dose était pas assez forte. Mais bon. J'ai attendu une semaine et après petit à petit en augmentant par deux puis deux puis deux....et donc en

Q : vous êtes arrivé à la dose que vous preniez avant ou

R : oui à peu près. Disons qu'avant, la dose que je prenais c'était pas calculé. Alors que maintenant, ce que je prends je sais ce que je prends, que c'est la dose qu'il me faut, ni plus ni moins. Alors qu'avant, j'en prenais je pouvais en prendre plus ou moins sans savoir vraiment, maintenant je sais ce qu'il me faut...

Q : donc vous pensez qu'il avait raison au départ de

R : oui oui parce que comme ça, on a su exactement ce qu'il me fallait. Moi j'ai arrêté de lui dire qu'il m'en fallait plus quand j'en ai plus eu besoin, quand du matin au soir, c'était constant, pas de chute. En fait, il avait peur de surdoser. Parce que si le patient dit au départ : « voilà je veux tant », ça peut être trop au départ c'est-à-dire qu'il va s'intoxiquer lui-même. Et après, pour diminuer, ça va être plus dur. Tandis que si on augmente petit à petit 2 par 2, il n'y a pas de risque de surdoser, ça il m'en a parlé au début

Q : il avait peur que vous soyiez surdosé

R : oui, et en fait j'en ai pris 2 mg de plus que ce que je prenais tout seul. Donc en fait j'étais pas surdosé. Mais au cas où, le médecin c'est logique de sa part de commencer comme ça...il peut y en avoir pour qui, moins (que la dose prise spontanément) ça peut le faire

Q : dès le départ vous avez fait confiance au médecin, vous vous êtes dit c'est un médecin donc il s'y connaît ?

R : oui oui il y avait ça et puis aussi une confiance naturelle de par lui même, ce qu'il est. J'y ai été, je l'ai trouvé sympa, ça s'est bien passé. Il n'a pas été brusque, il n'a pas dit : « oui c'est comme ça et

puis pas autrement ». Comme il me disait que c'était pas définitif (la dose de subutex délivrée initialement), il a appuyé sur le fait que cette dose qu'il me donnait au début on pourrait l'augmenter, qu'il ne fallait pas que je m'inquiète, parce que moi j'aurais pu croire que : « merde ! Ça ne va pas m'arranger, je ne vais pas avoir ce qu'il me faut ». Il m'a bien dit ça donc j'ai dit d'accord. Parce que même déjà 8mg par jour, c'est déjà pas mal, disons que...au début ça va...c'est juste en fin de journée que…

Q : il vous a parlé du protocole des analyses d'urines pas exemple, vous en faites ?

R : Il ne m'a pas parlé spécialement. Il m'a juste dit que ces analyse c'était pour eux, c'est pour voir, si à côté de ça... on ne prenait pas d'héroïne. Et moi je trouvais ça logique parce que ça ne sert à rien de prendre de l'héroïne, d'avoir un traitement avec un médecin pour en prendre à côté. En plus, il me disait que même si j'en prenais à côté, je pouvais lui dire… Que ce n'était pas pour ça que ça m'arrêterait le traitement, que ça pouvait arriver. Ça m'est arrivé quelques fois et puis, à force, j'ai arrêté. Dans ma tête c'est comme ça, soit je prends de l'héroïne soit du Subutex. Pas les deux parce que sinon on se retrouve trop le cul entre deux chaises à chaque fois, c'est pas stable...

Q : vous avez l'impression que vous ça vous a servi à quelque chose qu'on vous surveille avec des analyses ?

R : oui

Q : ça a été utile

R : oui parce que ça ne dépend pas que de moi. Si ça n'avait dépendu que de moi, je ne sais pas comment ça se serait passé. Le fait d'avoir quelqu'un au-dessus de soi, pas une autorité mais comme une sorte d'autorité, le fait d'avoir ça, ça calme un peu le jeu. Ça me... Je me suis dit : « s'il faut en passer par là, d'accord ». Parce que j'avais quand même un désir de passer à autre chose, essayer d'équilibrer un peu ma vie. C'est-à-dire qu'avant de passer à ça (Subutex), je n'avais pas de sécu je n'avais pas de… J'avais rien. Pas de compte en banque pas de…

Q : votre désir de passer à autre chose ne suffisait pas ?

R : non j'avais besoin d'être suivi. Ça j'en étais conscient

Q : mais là par rapport aux analyses, à la surveillance médicale, être suivi c'est plutôt être « cadré »

R : oui. Etre cadré et puis voir quelqu'un toutes les semaines. Le fait de voir quelqu'un toutes les semaines, c'est-à-dire de lui dire... Comme je n'ai pas envie de lui dire de conneries, le fait de lui dire toutes les semaines : « voilà il s'est passé ça et ça », il y a aussi un peu un rapport psychologique... Psychothérapeutique. Parce que le fait d'en parler un peu avec lui… Quand ça ne va pas je lui dis. Il me dit « ah oui c'est con on va faire ci et ça ». Ça aide quand même, parce que il y a un rapport humain avec une personne. On se sent moins seul. Parce que j'ai déjà essayé d'arrêter tout seul, ça l'a pas fait. Là il y a le Subutex, le produit et en même temps, l'appui...oui moral

Q : là vous me parlez plus du rapport humain que du suivi médical

R : oui, c'est plus le rapport humain

Q : la personnalité du médecin compte plus que le fait qu'il soit médecin

R : oui

Q : mais alors est-ce que ce qui vous aide pourrait venir de quelqu'un d'autre que le médecin qui serait là toutes les semaines ?

R : oui oui. Là, il se trouve que c'est lui parce qu'il faut que j'aille le voir toutes les semaines déjà pour le renouvellement du Subutex. Mais ça, il suffit de le faire une fois par mois alors que je vais le voir, oui bien une fois par semaine...

Q : ça c'est vous qui décidez ou c'est le protocole ?

R : non non. Au début c'est lui qui m'a dit : « on va se voir une fois par semaine ». Et puis là....

Q : quand vous dites que vous aimez bien aller lui parler etc. vous avez envie de lui parler de quoi ?

R : disons que j'ai envie de lui parler de mon évolution. C'est-à-dire depuis le départ où je suis arrivé chez lui, où il je n'avais pas grand chose… Envie d'arrêter seulement, cette envie là, et maintenant, je lui parle de mon évolution c'est-à-dire de ce que je fais, de ce que j'arrive à faire de plus que ce que je ne faisais avant… Je me suis lancé sur les stages. Là, ça va assez doucement parce que justement... Et… Je lui parle aussi des moments où je dois faire des choses et où je ne les fais pas. Ça craint, donc je lui en parle. Je lui parle de mon évolution, soit ça va quand je suis content de moi ou quand je ne suis pas content de moi, tout ça

Q : et lui il débloque ce qui bloque ?

R : non. Justement, la dernière fois je lui en ai parlé. J'avais une période où j'avais envie d'augmenter, prendre un autre cacheton pour que ça aille mieux dans ma tête… Avoir plus de tonus. Parce que justement, avec l'habitude de prendre des trucs pour faire des choses, souvent les amphétamines ou des trucs comme ça, l'héroïne, pour avoir envie de faire des trucs et il y a encore ce truc là dans ma tête. Et je lui avais demandé. Il m'a dit : « oui ce n'est pas vraiment la solution ». Je lui ai dit ça parce que justement je sentais que j'étais dans une période où fffff, j'avais eu au départ un élan, je me suis bougé, j'ai essayé de trouver un stage machin et j'ai eu une période d'arrêt où je n'avais plus envie. Je lui ai dit et il m'a dit « on va augmenter un peu la dose ». Qu'on allait voir et puis que si jamais (ça ne passait pas) que j'aille voir un psy ou un truc comme ça. Pour l'instant, ça en est là. Après, je ne sais pas. Je verrai si aller voir un psy... Si ça peut me faire du bien de voir quelqu'un pour fouiller le problème, si problème il y a, je ne sais pas

Q : vous n'avez pas la conviction qu'il y ait un problème ?

R : je ne sais pas. Je ne suis pas sûr. Je le sens un peu mais bon. Je me dit que... Il y a peut-être une flemme aussi bien ancrée. Oui la flemme. Mais c'est pas logique non plus parce que des fois je me dis : « il y a quelque chose dans ma tête qui est là ». Je le sens quand même un peu

Q : comment ça ?

R : je ne sais pas, je ne sais pas trop comment dire… Quand j'arrive à ne rien faire, je suis conscient du fait que c'est pas bon, j'en suis conscient parce que... Je pourrais très bien ne rien faire et ne pas en être conscient. Mais j'ai un truc en moi qui me dit que je suis capable de faire autre chose mais que je n'arrive pas à me bouger quand même. Je mets ça sur le compte de la flemme. C'est-à-dire que je n'arrive pas mentalement à me bouger, à faire le premier pas et ainsi de suite. Après enchaîner les choses, je n'arrive pas à enchaîner les choses

Q : est-ce que comme pour la musique, s'il y avait un meneur pour ces activités de tous les jours, vous avez l'impression que ça marcherait ?

R : oui oui. J'ai besoin quand même de quelqu'un qui me dise : « ça serait bien de faire ci ou ça ». Comme si moi je n'arrivais pas à trouver les choses qui pourraient m'intéresser tout seul

Q : ça vous avez l'impression que c'est quelque chose qui tient à votre passé de consommateur ou

R : je crois que ce n'est pas vraiment propre à l'héroïne. Je crois que c'est un truc que j'avais déjà en moi. Je sais qu'il y a des gens qui ont des problèmes comme moi mais... Disons que ça je me suis mis à penser à ça justement parce que je me suis renseigné ou en entendant parler justement de ce que l'éducation, de la petite enfance, en fait toute l'importance que ça a sur l'évolution. C'est-à-dire que s'il y a des messages qui n'ont pas été donnés à une certaine période, on est moins apte à suivre le cours de la vie que d'autres. Ça c'est vrai en plus. Je crois qu'il y a des gens qui sont de telle ou telle façon parce qu'ils ont eu telle éducation. Et je me dis que peut-être j'ai ça en moi. De ne pas avoir la volonté. Parce que c'est un manque de volonté en fait... Pas avoir cette volonté là. Peut-être que j'ai été trop chéri quand j'étais petit ou je ne sais pas. C'est vrai que j'ai été vachement materné, des trucs comme ça, beaucoup plus d'apport maternel que paternel. Ça je le crois parce que déjà en fouillant dans ma propre éducation, que justement j'avais trop de mère pas assez de père, que mon père était plutôt là pour me faire chier que pour être sympa... Ça a du jouer. Parce que j'ai entendu parler des amis, pareil, qui avaient eu une éducation assez équilibrée, qui s'entendaient bien avec leur père et leur mère, qui m'ont expliqué comment ça se passait parce que je ne les connaissais pas forcément quand ils étaient petits. Ils m'ont expliqué comment ils ont été éduqués et où ils en sont maintenant. Et je me dis, j'arrive à faire la comparaison par rapport à moi et je les estime à un point supérieur au mien. Pas forcément intellectuel mais un point social, professionnel, social, c'est-à-dire qu'ils arrivent à avoir une situation enfin… Ils sont bien

Q : votre situation ne correspond pas aux aspirations que vous avez

R : non. j'aimerais bien avoir… faire... Mais ça, ça vient petit à petit. J'ai eu des barrages dans ma vie et puis l'héroïne ça freine, quand on se drogue, on ne fait pas autre chose. Alors que si j'avais fait autre chose pendant ce temps là, je n'en serais pas là

Q : vous m'avez dit tout à l'heure que vous avanciez mais sur le long terme, alors là est-ce que vous avez l'impression de continuer à avancer par petit bouts ou bien l'impression que vous êtes arrêté ?

R : ....non je pense quand même relativement avoir avancé. Mais il y a des fois, je me dis que c'est plus par chance que par ma propre volonté. Parce que là, en ce moment, ça va mais c'est parce que j'ai rencontré Alex, qui a un appartement et que voilà j'ai pas ce problème d'avoir à trouver un appartement, le payer. C'est de la chance. C'est pas de l'intérêt parce qu'on est… Enfin je me sens bien en couple mais c'est un coup de bol

Q : ça vous gène de vous dire que c'est un coup de chance ?

R : non, mais j'y pense quand même. Parce que j'ai déjà eu des appart tout seul mais j'ai souvent été hébergé. Parce que quand j'ai eu des appartements à moi tout seul ça n'a pas tenu. Je me suis retrouvé avec des factures pas possible, obligé de larguer l'appart parce que sinon... J'ai toujours eu un désir moi de me débrouiller par moi-même financièrement... Et c'est pas souvent arrivé. Si, quand j'étais à Paris, que je bossais dans le labo, ça se passait bien. Financièrement mais c'est vrai aussi que quand ça se passe

bien financièrement, c'est pas ça non plus... C'est vrai, des fois, quand j'ai quelque chose je ne suis pas content de ce que j'ai parce que... Un sentiment d'insatisfaction

Q : vous passez rapidement à autre chose ?

R : oui oui, mais ça je crois que c'est peut-être du aussi à la musique. Parce que ça fait longtemps que (fait de la musique) et j'ai envie d'y arriver, j'ai pas envie de lâcher non plus la musique

Q : concrètement vous ne lâchez pas la musique ?

R : non. Il y a des périodes où je n'en fais pas. Mais là, j'ai envie d'en faire. Donc j'ai l'impression que c'est là-dedans. Il faudrait que j'ai une réussite (musicale). Mais j'y suis pas. J'ai l'impression que je n'arriverai à trouver mon bonheur que là-dedans, alors que c'est pas forcément vrai... Mais j'ai quand même envie de fouiller ça. C'est pour ça que je me dis que c'est pas désespéré. J'ai quand même un but... Mais il y a cette flemme qui est là, qui fait que des fois j'ai pas le moral je me dis ffff si ça avait du le faire ça l'aurait déjà fait (en musique)...tous ces trucs là. Mais ça, je me dis que tout le monde a ça plus ou moins. Pas forcément, parce qu'il y a des gens qui arrivent à s'accomplir, mais moi j'ai pas encore ça. Alors que je sais que là-dedans j'arriverai à m'affirmer, que je me sentirai bien là-dedans...mais peut-être que c'est pas vrai, je ne sais pas. Je ne suis peut-être pas fait pour ça.

Philippe, 33 ans

Traitement méthadone depuis 7 mois

Niveau scolaire 3e

CAP pâtisserie

Mère institutrice, Père policier à la DST

En arrêt maladie. Vit chez sa mère

Toxicomane pendant 15 ans

Echange commencé avant l'entretien…

Le mauvais anniversaire ce sera décembre 2000.

Q : tu as commencé à consommer en 1980 ?

R : non j'ai commencé à fumer au mois d'août 1977

Q : pour l'héroïne ça s'est passé dans quelles circonstances la première fois ?

R : A Noël. On était 3, chez les copains. Au lieu d'avoir la bûche glacée on s'est fait un petit plaisir. Ça faisait longtemps qu'on fumait… On sniffait un peu mais on avait jamais pris de l'héroïne par voie intraveineuse. On savait ce que c'était l'héroïne mais en sniffant et le 24 Décembre…

Q : comment ça s'est passé ? On te l'a proposé ? Tu avais prévu de le faire ?

R : Non c'est venu comme ça en fait. Ça faisait longtemps qu'on en prenait par voie nasale et donc… On s'est dit… Moi je ne savais même pas qu'il fallait une cuillère, qu'il fallait chauffer mettre l'héroïne dedans… Et c'est moi, on m'a dit… Oui c'est moi qui était un peu le boute en train à l'époque. J'amenais tout le monde à faire la fête et donc voilà. Je me suis procuré la seringue avec une grosse aiguille, celles qui sont faites pour les intramusculaires, pas pour les intraveineuses. Y'en avait un qui était grand, Franck, il est tombé dans les pommes parce qu'il n'avait jamais vu une seringue comme ça. Et puis voilà. Ça s'est passé comme ça.

Q : c'était dans une atmosphère de fête ?

R : oui oui, on faisait la fête pour la Noël

Q : tu avais envie d'essayer, ça ne te plaisait plus de sniffer ?

R : c'est-à-dire que j'ai fumé pendant, juin, juillet… Au mois de septembre je travaillais comme apprenti mécanicien et… Tous les soirs je faisais la fête… Tous les soirs, tous les soirs, tous les soirs.

Q : dans ton entourage il y avait des gens qui prenaient de l'héroïne ?

R : non personne

Q : la première fois que tu en as pris…

R : j'avais pas d'argent pour acheter de la drogue et… Et puis l'état d'esprit c'était pas le même que maintenant. Maintenant je vois que c'est dans les 25 F le gramme de haschich, à l'époque c'était 3,50 F le gramme d'herbe. Et puis je me suis mis très très vite à vendre pour en avoir, chose que j'ai faite après pour l'héroïne mais pour des questions de dépendance, là c'était pas des questions de dépendance. On faisait ça, on en avait, on savait que c'était pas cher, on avait des sous pas beaucoup mais ça permet

d'avoir… La mobylette toute neuve, d'aller au bar, faire des flipper toute la journée, le week-end aller en boîte. Toujours cet état d'esprit de faire la fête.

Q : et l'héroïne c'était pareil ?

R : oui l'héroïne c'était la cerise sur le gâteau. J'avais pas du tout en tête que ça pouvait être dangereux parce que… Pas du tout bien informé pour les effets secondaires, le manque, j'en avais tout le temps donc j'en manquais pas. Je vendais beaucoup de hasch et c'était facile de demander à la personne si elle n'avait pas d'héroïne… J'étais pas tellement accroc. Parce qu'au début on n'est pas accroc physiquement. Peut-être qu'on ressent… On a un peu moins la pêche au rêveil mais on se dit : tu as trop fait la fête. Mais on n'est pas dépendant parce qu'on a des doses tellement infinitésimales qu'on ne peut pas être malade. C'est après… au bout de 2 ou 3 ans. Quand ça ne fait plus rien on augmente les doses et quand on n'a plus d'argent

Q : donc au début c'était un élément de la fête c'est ça ?

R : oui… Non c'est-à-dire qu'il y avait à fumer. Y'en a qui fumaient du soir au matin. Moi c'était pas le cas je fumais pour faire la fête et puis quand on partait et qu'on vendait un peu plus que d'habitude : Hop tiens, pourquoi pas s'acheter de l'héroïne ? On était trois, et… Les tenants et les aboutissants on ne les avait pas en main. On était mal informés. Maintenant quelqu'un qui prend de l'héroïne il sait très bien dans quoi il s'engage celui qui ne sait pas la toxicomanie, le sida, la prison c'est qu'il était dans un igloo pendant 20 ans sans la télé

Q : toi c'est du jour où tu as commencé à être mal physiquement que ça a commencé à changer ?

R : c'est l'héroïne par elle même qui change ton comportement. Je le voyais au travail, avec ma mère, mes sœurs. J'étais un peu plus triste à la fête. En famille, on avait des réunions de famille tous les dimanche et là c'est : ouvrir le porte monnaie de la sœur pour piquer 100 F. Je me rappelle j'avais piqué 100 F à ma sœur au cours du baptême de ma nièce et personne ne s'en est aperçu ! Y'avait pas mal de gens mais personne ne s'en est aperçu

Q : au moment où tu l'as fait tu étais dans quel état d'esprit ?

R : Je savais que je piquais 100 F à ma sœur mais c'était pas… c'était presque un… c'est-à-dire que j'étais malade. Il me fallait de l'héroïne. Ça a commencé en fait très doucement, la pente elle a été très douce.

Q : elle est passé par quoi cette pente ?

R : c'est… Etre moins franc avec les gens, enjoliver, raconter des histoires à droite et à gauche. Ah pour trouver de l'héroïne on trouve toujours ! Maintenant j'ai pas d'argent le matin, pas d'héroïne… Moi je fais pas partie des gens qui cassent des voitures pour trouver de l'argent. Je vais plutôt demander à ma famille plutôt qu'au pauvre gars qui n'y est pour rien et qui va se faire voler

Q : pour toi c'était moins mal d'aller demander à ta famille, pourquoi ?

R : parce que le pauvre gars qui n'y est pour rien, lui piquer son autoradio… Et puis peut-être pour faire comprendre à ma mère son laxisme qu'elle avait envers moi. Puisque j'étais le petit dernier, chouchouté depuis longtemps… J'ai du être trop chouchouté…

Q : tu étais proche de ta mère ?

R : oui et alors peut-être pour dire « je suis là » ou « réveillez-vous j'existe » parce que ma mère était trop laxiste, elle ne me posait jamais de question même si je rentrais à des heures pas possible jamais de question

Q : vous ne parliez pas

R : c'est pas ça. Moi on ne posait jamais de question. C'est pas ma mère qui a imposé sa loi c'est moi qui ai imposé ma loi. Je lui reproche encore d'avoir eu ce comportement de…

Q : quand tu as commencé à prendre de l'héroïne tu vivais avec ta mère ?

R : oui et puis jusqu'à maintenant je suis toujours chez elle. Bon. Maintenant je vois le mal que j'ai pu faire autour de moi mais… Si elle avait resséré la vis, peut-être que j'aurais pris un autre chemin mais ça n'excuse pas tout peut-être que j'aurais pris de l'alcool, braqueur de banque

Q : tu m'as dit que la pente avait été très douce qu'est-ce qui a changé par exemple au niveau de tes relations avec ta mère puisque tu vivais avec elle ?

R : et bien c'est arrivé au point extrême où elle a demandé un placement d'office

Q : Et avant ce point extrême ?

R : je restais tout le temps à la maison. Je dormais tout le temps là même si je rentrais très tard que je devais me lever à 6 heures du matin je rentrais dormir à la maison.

Q : tu te levais à 6 h du matin, qu'est-ce que tu faisais de tes journées ?

R : l'héroïne je la prenais le soir. Tous les soirs ce qui faisait que je rentrais très tard. Le matin j'allais travailler au garage et après il y a eu un moment de flottement où j'ai arrêté le garage parce que j'en avais marre et puis après je suis rentré à la patisserie et là je travaillais la nuit et le jour : peinard, tranquille alors je faisais 10fois plus que je faisais avant

Q : tu arrivais à travailler tout en en prenant 10 fois plus ?

R : je n'en prenais pas au travail. J'en prenais le soir. J'étais pas dépendant, je sniffais… Comme quelqu'un qui va aller au ski le week-end pour décompresser. Nous on décompressait en faisant un sniff

Q : tu étais toujours avec des gens quand tu en prenais ?

R : oui toujours des copains

Q : des copains que tu avais avant de prendre de l'héroïne ?

R : oui

Q : ils sont restés tes copains pendant tout le temps ?

R : non les relations ont changé le jour où on s'est fait arrêter pour trafic de hasch. On a dit aux policiers « écoutez on a l'âge d'être des lycéens, on est lycéens où voulez-vous qu'on trouve du hasch ? » Donc ils nous on relâché mais on était convoqué par le juge des enfants et moi ce juge je ne voulais pas aller le voir. J'avais peur qu'il me mette… Parce que j'ai toujours entendu ma mère me dire : y'a des maisons de corrections, tu es turbulent etc. Si tu continues on va te mettre en maison de correction… Donc mes deux copains ont été voir le juge, ils ont été arrêtés et moi de mon côté j'ai continué tout seul et alors là ça a été tous les jours tous les jours. Euc ils ont eu peur de la police tout ça et je ne sais pas ce que le juge leur a dit mais ils ont arrêté tout de suite. Est-ce qu'il leur a montré des diapos d'un mec mort du sida ? Moi j'en connaissais pas des mecs morts d'OD ou du sida… Eux ils ont arrêté… Et c'est là d'ailleurs que ma mère a su que j'étais toxicomane. Elle ne le savais pas jusqu'à ce qu'elle vienne me chercher au commissariat. Et puis je lui ai dit : il faut bien que je goûte la marchandise que je vends.

Alors elle, dans sa tête avec son laxisme… Bon il ne faut pas trop que je l'accable mais bon elle s'est dit : il se fait des sous avec son hachich il le goûte pour le vendre peut-être qu'elle a eu peur mais elle ne m'a rien dit. Je lui ai expliqué, comme un vendeur de fruit et de légumes, il faut bien goûter

Q : et tu croyais à ce que tu disais !

R : non moi je montais un bâteau. Je disais ça à ma mère mais en fin de compte j'étais toxicomane, toxicomane, toxicomane. C'est à ce moment là que je suis devenu vraiment toxico

Q : et tu continuais à monter des bateaux

R : pour la rassurer dans un sens, pour pas qu'elle se mette dans tous ses états ou peut-être…

Q : à ce moment là tu savais que t'allais continuer ?

R : j'étais sur ma lancée moi et puis l'héro c'est tellement bon… Quand on est jeune. C'est du poison mais on ne s'en aperçoit pas, c'est après qu'on s'en aperçoit. Non c'est peut-être pas ça c'est peut-être … pas pour la rassurer… parce que.. La drogue c'est la drogue, ça reste de la drogue mais… Pour qu'elle me laisse un peu de distance, pour pas que tous les jours elle me dise : ah tu fumes toujours de la drogue. Pour ne pas qu'elle me considère comme un tox, par honte.

Q : toi tu avais honte ?

R : oui, qu'elle vienne me ccher au commissariat : votre fils s'est fait arrêter pour trafic de drogue. En ayant un père qui était à la DST. Il est mort quand j'avais 4 ans mais… je ne sais pas

Q : ça veut dire aussi que toi, tu te disais que c'était pas vraiment bien ce que tu faisais ?

R : oui. J'avais honte mais sans une prise de conscience réelle. La fête avec les copains, continuer à faire la fête parce que moi c'était dans un but ludique. Je prenais de l'héroïneéro pour faire la fête, s'amuser. L'héro c'était la cerise sur la gâteau parce qu'on avait ce truc là qui était plus fort que fumer donc hop la cerise sur le gateau. Moi je connais plein de gens qui fument et qui ne touche pas à l'héro mais quand ils n'en ont jamais goûté. Si on leur fait gouter de l'héro, dans les six mois je les vois junkis, ils ont perdu 20kgs et ils vont me demander de leur trouver un plan d'héro. Ils seront complètement là-dedans alors que c'est des gens qui disent non à l'héro. Si on leur donne gratuit. Au début on les force, on les force à goûter une dizaine de fois mais vraiement en insistant. Au bout de un an, on les retrouve toxicos.

Q : mais toi tu ne t'es pas forcé pendant 10 fois

R : non non pas du tout personne ne m'a forcé.

Q : c'est quand même violent de se faire une piqûre

R : non mais rien que sniffer. Bon après on l'a en piqure, c'est au niveau du portefeuille parce que sniffer on en met plus que l'injection et puis c'est l'escalade. Bon y'en a qui n'y croit pas trop quand ils disent : le joint et puis on s'arrête. Pour certaines personnes comme moi qui étaient indécises à l'époque parce que je n'avais pas de travail, je n'avais pas trop de stabilité au niveau de la cellule familiale.

Q : pourquoi tu dis « pas de stabilité ». Tu m'as dit que tu travaillais et que tu habitais chez ta mère ?

R : oui mais je n'avais pas un diplôme en main comme : pourquoi j'étais capable de… j'avais pas un CAP de patissier ou qui pouvait me permettre de rentrer dans la vie active en disant : voilà je m'affirme en tant que tel.

Q : tu ne savais pas trop ce que tu voulais faire ?

R : si je voulais travailler. Ça me plaisait ce que je faisais d'ailleurs quand j'ai quitté la patisserie parce que je ne pouvais plus tenir : faire la fete la nuit… travailler la nuit en patisserie. De trois h du mat à 10h du matin après partir dans bordeaux pour trouver du shit pour faire les barettes et pour les vendre et pour s'acheter l'héro parce qu'on était malade, on commençait à être malade… Là ça a été le mauvais cercle, le cercle vicieux.

Q : et la première fois où tu as été malade tu t'es dis quoi .

R : j'ai pas compris ce qui m'arrivait. J'ai été voir des copains. Ils m'ont dit : t'as qu'à prendre tels médocs. Je les ai pris les médocs.

Q : tes copains c'était des toxicomanes ?

R : oui des toxs qui étaient tox depuis plus longtemps que moi j'ai été voir des personnes que je voyais tous les soirs. J'ai dit : quand on commence à avoir mal aux reins, qu'on vomit qu'on a la diahrrée et tous les symptômes du manque qu'est-ce qu'il faut faire ? parce que je n'avais plus d'argent pour acheter de l'héro. Alors je donnais deux ou trois barrettes de hasch : passe moi un ¼ (d'héro). C'était comme ça mais tout le bénéfice partait dans l'héro. Après c'était… je devais de l'argent parce que c'était tout le bénéfice plus une partie de la plaquette de hasch qui partait. Par exemple : on fait 300F de bénef, on a ¼ d'héro dans les 100 gde hasch qu'on vend. On fait une fête de temps en temps et on a quand même de l'argent de poche. Après ces 300F là, on en a besoin tous les jours mais ça va encore. Mais quand les 300F on les a déjà bouffés dans l'héro et qu'il en faut d'autre, on tape sur les 100 gde hasch, ce qui fait qu'on va avoir des dettes. Puisqu'à l'époque moi on me l'avançait le hasch. Mais si je ramène 700 F au lieu de 1000 F sur les 100 gpar exemple je dois de l'argent. Le gars va pas être content et il ne va pas me ré-avancer 100 get je me retrouve à devoir de l'argent à quelqu'un et pas pouvoir revendre pour rembourser. Tu comprends le système ? Donc c'est un cercle vicieux

Q : comment tu les as rencontrées toutes ces personnes parce que tu m'as dit qu'au début tu ne connaissais pas de toxicomanes

R : dans les boîtes de nuit parce qu'à force de vendre à droite et à gauche… Bon peut-être que le tort que j'ai eu ça a été de vendre… L'appât du gain. Jeune, pas d'argent, je gagnais 500 F par mois en tant qu'apprenti mécanicien et, me retrouver avec 2000 ou 3000balles dans les poches tous les soirs c'est… Si on compare à la fin du mois. Mettons que je gagne mille francs en poche tous les soirs par rapport aux 500 F de la fin du mois c'est merveilleux. Parce que je n'étais pas encore rentré dans le monde actif du travail. C'était grisant

Q : et les gens que tu voyais quant tu faisais la fête, ça se passait comment, vous faisiez quoi ?

R : on fait la fête on s'amuse. On fait vraiment la grande fête

Q : la fête c'était aussi avec des gens qui n'étaient pas toxicomanes ?

R : non. La plupart fumait. Bon. Ceux qui ne fumaient pas n'étaient pas malvenus. Ils étaient bienvenus. Eux ils buvaient, coktails, bières…

Q : pendant ces années de fête, tu es toujours resté avec les mêmes amis qui t'accompagnaient dans les fêtes ?

R : oui. On avait été à l'école ensemble, et puis mes voisins aussi

Q : et vos relations au bout d'un moment tournaient autour de l'héroïne ou pas

R : non. Eux ils ont continué leurs études, et puis on continuait à se voir pour faire la fête. Mais c'est devenu plus tristounet parce que l'héro à ceci de particulier que, au départ c'est tout beau , tout neuf et après c'est plus pareil. Il y a l'intérêt qui arrive

Q : entre vous ?

R : oui mais alors au grand galop ! Sans qu'on s'en aperçoie. L'intérête arrive parce que … On sait que si on fait ça c'est pas intérêt pour avoir ça. Mais c'est indépendant de notre volonté puisque c'est l'héroïne qui gère, qui chapeaute ce truc là. C'est pas nous. C'est une autre personne.

Q : qu'est-ce qui avait changé dans ta personnalité. Est-ce qu'il y a des choses que tu fais et que tu ne faisais pas avant ?

R : Et bien maintenant je suis triste. Triste à la fête. Quand il y a une fête il faut vraiment me trainer.

Q : oui mais aujourd'hui tu ne prends plus d'héroïne

R : oui mais ça c'est les effets. Peut-être que dans 2 ou 3 ans je redeviendrais ce que j'étais avant. Avant on allait danser, voir les filles, on allait voir les copains on se faisait des blagues

Q : au bout d'un moment vos relations ont changé

R : oui les relations se sont désagrégées entre nous. Le comportement psychologique ou physique a changé. On ne pouvait plus faire ce qu'on faisait avant, on ne pensait plus comme avant, on était agressifs… On était toujours les mêmes mais cette héroïne là chapeautait, était en train de nous bouffer, de nous ronger notre envie de vivre. C'est vrai que prendre de l'héroïne, il y en a qui disent que c'est se suicider à petit feu. Dans un sens c'est vrai. Mais pas le suicide physique, quoi que ça se voit quant quelqu'un prend beaucoup d'héroïne. Au bout d'un moment il perd des kgs etc. Mais c'esy le suicide psychologique parce qu'on devient des moutons

Q : des moutons ? Et alors qui tu suis ?

R : On suit le mouvement c'est-à-dire que… Il y a 3 personnes qui arrivent, il y en a un qui dit : tu ne connais pas quelqu'un qui pourrait nous fournir en héro ? Alors : oui j'ai un plan mais on n'a pas d'argent. Alors : tu ne peux pas avoir 100 F toi et toi ? Alors tout le monde amène 100 F mais… Avant on donnait : tiens vas-y fais toi un sniff, je te donne mon paquet. Après c'est pas ça c'est : attention ! On est trois, partage bien hein ! Et puis : non ! salaud, tu en as pris plus que moi. Ça devenait comme ça.

Q : c'est-à-dire que tu ne pensais qu'à toi ?

R : ah oui ! On ne partage plus. Si on peut voler le copain d'enfance on le vole. Moi j'ai un copain qui m'a volé trois synthétiseurs. Et pourtant c'est un copain on se connaît depuis l'âge de 4 ans. On allait au parc bodelais, on faisait du vélo quand on était petit. Bon mais je l'ai reçu chez moi malgré qu'il m'ait volé. Parce qu'il ne m'a pas volé pour acheter de l'héroïne mais pour fonder un foyer avec sa copine.

Q : ça veut dire que même sous héroïne quand tu ne pensais qu'à toi tu gardais l'idée que la famille les amis c'est important ?

R : oui mais c'est ce que je t'expliquais la dernière fois. Il y a des gens qui viennent ici au centre métha et… Il y a deux voies dans l'héroïne : celui qui va voler une voiture et la revendre en pièce détachées pour avoir de l'argent ou voler un sac à une dame dans la rue et celui qui va voler sa famille en trouvant X ou Y raisons pour avoir de l'argent. Faire semblant qu'il y a eu un cambriolage, tout planquer dans la cave et faire une déclaration de vol : hop ! les sous arrivent et avec ça on s'achète de l'héroïne.

Q : tu n'avais pas peur du regard de ta famille ?

R : dans ces cas là on ne réfléchit plus. On monte tellement de bobard que de fil en aiguille, arrivé à un certain stade, on ne s'aperçoit plus de ce qu'on dit aux autres. On monte des bobards, des montagnes vraiment et ça passe parfaitement

Q : que toi tu ne t'en rendes pas compte c'est un chose mais est-ce que celui à qui tu mese ne s'en rend pas compte ?

R : oui parfois la famille se rend compte… Moi je fais partie des gens qui ont emmerdé la famille plutôt que des inconnus

Q : et ta famille ne s'est pas rendue compte de ce qui se passait ?

R : … Elle me l'a dit de façon détournée avec par exemple : tu sais le virus du sida… Si un jour tu devais être séropositif, il faudrait que tu amènes tes propres couverts jetables pour manger avec nous. C'est-à-dire que mes deux sœurs sont dans le milieu médical et qui s'occupent de cas sociaux… Elles ont dit à ma mère : attention ! Il faut que philippe ait son propre couvert à table en carton jetable et en plastique, et partout où il va dans la salle de bain, les toilettes, il faut nettoyer à la javel. Elles ont fait flipper ma mère.

Q : qu'est-ce que ça t'a fait d'avoir des couverts préparés ?

R : Et ben depuis que ma sœur m'a sorti ce truc là, ça fait dix ans, je ne suis plus allé manger chez elle. Chez mes deux sœurs.

Q : parce qu'elles avaient dit ça

R : oui. Ça n'empêche pas qu'elles viennent ici chez moi, pour voir ma mère. Là je dis bonjour mais sans plus. Y'a pas de discussion. Et ma nièce je lui ai dit : je ne viendrai pas chez toi tant que ta mère penserais ça… Elle est surveillant dans un bloc opératoire, en milieu hospitalier. Ça fait des années qu'on entend parler de sida. Je ne vais ni coucher avec mes nièces ou leur donner une seringue. De toute façon j'ai arrêté l'héroïne mais

Q : ça t'as fait de la peine

R : c'est pas une histoire de peine c'est que… Si elle est bloquée sur ce sujet là, qu'elle continue encore aujourd'hui à dire des truc comme ça à ma mère. A l'heure actuelle, elle pense toujours la même chose. C'est de la stupidité. Si elle a des idées arrêtées aussi bêtes que ça, c'est pas la peine que je discute d'autres sujets avec elle… Pour cette petite connerie là, elle me dit : « il faut que tu aies ton couvert à table. Jetable parce que même le couvert lavé, tu risques de transmettre le virus à maman… Non ! C'est vraiment avoir des œillères.

Q : et ta mère, comment elle a réagit ?

R : elle n'en a pas tenu compte. Mes deux sœurs ne savent pas que je suis séropositif parce que, puisqu'elles tiennent ce langage là, elles n'ont pas à savoir si je suis séropositif ou si j'ai un ongle incarné ou…

Q : ta mère, tu lui as dit ?

R : quand on m'a annoncé que j'étais séro… Le sida il n'y avait pas autant de morts qu'aujourd'hui à l'époque. Moi je connaissais aucun copain qui était mort par sida. Par overdose oui mais pas par sida. On me l'annoncerait maintenant, je serais complètement à plat mais à l'époque pour moi c'était : j'ai une grippe

Q : ta mère aussi l'a pris comme ça ?

R : Oui. C'est vrai que les années passant, j'ai pris conscience du problème mais inconsciemment parce que… tant que je suis séro… Mon taux de T4 est excellent. Ça fait plus de 10 ans je suis toujours là, ça va.

Q : ta mère au fil du temps a changé de regard ou non

R : non parce qu'elle me voit toujours en forme… Enfin en forme… ça va

Q : ça veut dire que vous avez de bonnes relations ?

R : elle n'a pas du tout écouté mes sœurs pour les couverts

Q : est-ce qu'il y a des personnes qui ont arrêté de te voir parce que ton mode de vie changeait ou ton comportement

R : oui mais c'est eux qui sont partis, c'est pas moi. C'est eux parce qu'ils ont vu mon comportement changer. J'étais un « tox », un « junki » comme ils disaient.

Q : ça t'as fait quoi de perdre ces relations ?

R : j'étais ailleurs. Sur une autre planète. Je m'en foutais complètement. Je ne m'en suis pas aperçu qu'ils ne voulaient pas me voir.

Q : tu n'avais plus que des relations avec des vendeurs ou des consommateurs ?

R : ah oui mais c'est un tout petit milieu. C'est un milieu… je me suis trouvé là pendant pas mal de temps. Si on veut arrêter, il faut se mettre en dehors de ce milieu là. Il faut couper tous les contacts.

Q : au bout d'un moment tu as voulu arrête ?

R : oui j'ai essayé de décrocher mais je n'y arrivais pas parce qu'il n'y avait pas de suivi psychologique pour me soutenir

Q : quand tu as voulu arrêter c'était pour quoi. Tu avais des projets, tu en avais marre ?

R : c'est un tout. Des projets, j'en avais marre et puis. Et puis souvent on en arrive à ne plus avoir de rond donc pour ne pas tomber dans la délinquance, malgré qu'on soit délinquant puisqu'on vend de l'héroïne mais pour ne pas tomber à voler, cambrioler, j'allais me réfugier dans le hôpitaux pour dire : je veux décrocher. Mais : je veux décrocher sans vouloir décrocher

Q : ça c'était parce que ça te paraissait trop difficile de voler ou tu ne voulais pas le faire ?

R : ah non ! je ne voulais pas en arriver là. Je gardais un certaine dignité. Enfin entre guillemets parce que quand on en arrive à vendre de l'héroïne à des gens qui sont mineurs, c'est grave. Maintenant je le vois avec le recul. On vend de l'héroïne, on vend de la mort et la personne parfois si elle achète un gramme d'héro elle peut le prendre le gramme sans vouloir se suicider mais pourtant elle fait une OD et là on participe de ce suicide. C'est déjà arrivé ça pas pour moi mais des personnes que je connais

Q : tu m'as dit que pendant un certain temps tu travaillais. C'était pour l'argent ou parce qu'il était important pour toi de travailler ?

R : pour plusieurs choses. La famille aussi : alors tu travailles ? Qu'est-ce que tu fais ? Tu ne fais rien ? Il faut te trouver du travail tu ne vas pas rester comme ça toute ta vie.

Q : ça avait un impact sur toit ces réflexions ?

R : aucun impact puisque moi ce qui m'intéressais à l'époque c'était que l'héroïne. On me parlait d'héroïne j'ouvrais un œil j'avais la seringue dans le bras aussitôt. Ou la nuit, je me réveillais en manque, aussitôt la seringue dans le bras. Le matin j'ouvrais les yeux, je pensais héroïne. Je ne pensais pas travail,

je ne pensais pas vie de famille, ou s'assumer comme toute personne normale, enfin non dépendante, parce que c'est pas anormal de prendre de l'héroïne c'est être malade c'est différent. Ça c'est important parce que les gens ne… Une personne qui prend de l'héroïne c'est une personne malade, donc il faut la soigner

Q : tu as pris conscience de ça comment , au contact des médecins ?

R : Il y a le regard des autres aussi qui fait que… On est des toxicos, on est tox, on est tox, mais encore : ah ! tu vas au centre méthadone… Tous les toxicos qui vont au centre méthadone. Mais on n'est pas un toxico. On prend un produit de substitution. Le diabétique lui, il prend son insuline tous les jours, il vit avec toute sa vie. Si moi je dois vivre ma vie avec la méthadone, je vis ma vie avec la méthadone. Mais au moins je peux me regarder dans la glace le matin et je sais que je ne suis pas toxicomane.

Q : pendant un moment tu te regardais dans la glace en te voyant comme un toxicomae

R : je m'en foutais complètement. Je ne me regardais pas dans la glace, je m'en foutais du regard que… On ne se regarde pas dans la glace le matin.

Q : et à partir de quand tu t'es regardé et tu t'es dit : je suis malade

R : Pour la méthadone ? c'est simple, je travaillais à Arcachon. Ça a commencé je fumais, après j'ai pris de l'héroïne, après j'ai pris des néocodions. Alors l'héro d'abord pour faire la fête, on était jeune etc. Y'avait les études, les copains, moi j'apprenais un métier. Après ça a été l'héro qui a pris le pas sur tout. L'héroïne régit ta vie. C'est pas toi qui régit ta vie, c'est l'héro qui a le monopole, qui te dit : fais un pas à droite ou à gauche etc. Ce n'est plus toi qui te guide c'est elle. Le matin tu te réveilles t'es en manque. A quoi tu penses le matin quand tu te réveilles que t'es tox, que tu prends de l'héro, c'est à l'héroïne que tu penses. Tu ne penses pas : il faut que je fasse un café, que je prenne une douche, que j'achète des croissants à ma mère. On ne pense pas à ça. Sauf si on a de l'héro qu'on s'est préparée la veille pour le matin. On pense héro le matin, c'est malheureux. Et on y perd… 90 % en gagnant 10 % dans le plaisir de la défonce et 90 % en perte d'amis de familles. Les amis on perd les relations avec eux ou on a des amis qui meurent. On perd la copine avec qui on vit parce qu'on se connaît dans l'héroïne mais une fois qu'on vit sans l'héroïne c'est une deuxième vie qui commence. On s'est connu avec l'héroïne, on pense alors d'une certaine façon. Mais quand on arrête l'héro on pense d'une toute autre manière. Y'a des couples tox qui se sont connus dans l'héro et qui ont arrêté de se voir quand ils ont arrêté l'héro. Ils étaient ensemble parce qu'il y avait l'héro qui faisait colle entre eux. Ça colle et puis le couple se défait parce que la colle ne tient plus.

Q : alors si tu as voulu arrêter c'est que tu commençais à penser différemment, avoir d'autres centres d'intérêts ?

R : non c'est… On en a marre à force. Et puis je ne sais pas parce que moi je suis un cas particulier. J'ai arrêté de prendre de l'héroïne et j'ai pris des néocodions en produit de substitution. J'en ai pris beaucoup, beaucoup, ce qui me permettait de travailler en restauration.

Q : tu avais envie de travailler et les néocodions te permettait de travailler parce qu'ils calmaient le manque ou bien tu as changé de produit parce que l'héroïne était trop chère ?

R : ah oui il y a la question du pognon qui entre en jeu parce que je ne voulais pas pencher non plus de l'autre côté de la balance, aller faire des casses ou que sais-je. Le néocodion c'était vendu en pharmacie sans ordonnance, 11,10 F la boîte donc au niveau pognon on s'y retrouve, on a un peu plus

d'argent, on retrouve, un peu de recul, un tout petit recul qui fait qu'on se dit : si je travaillais ? Donc on se réinsère dans le travail plus ou moins. J'ai eu la chance d'avoir un copain qui m'a appelé pour me proposer de travailler dans un resto asiatique mais… J'ai craqué parce qu'est arrivé un point où les néocodions étaient comme l'héroïne. J'ai craqué parce que je ne pouvais plus assumer mon travail (décrit son travail dans la restauration).

Là je travaille bénévolement parce que je sais qu'il faut que je m'occupe parce que là avec la méthadone… Avec l'héroïne on se lève le matin, si on n'a pas d'héroïne, on va essayer de galérer à droite à gauche en essayant de voir qui va pouvoir prêter de l'argent, en disant qu'on va rembourser bientôt, alors qu'on ne lui remboursera jamais… Aller voir une autre personne parce qu'on n'a pas assez d'argent, toute la journée. Et après aller chercher la personne qui a l'héroïne : ah bon t'en a pas. Alors une autre personne et une autre personne. On part à 10h du matin pour rentrer à 10h du soir. On est malade à 10h du matin, on est encore plus malade le soir. Moi je me suis vu partir à 10h du matin et à minuit encore attendre que le gars vienne avec l'héroïne. Parce que les gens qui ont l'héroïne, ils se prennent pour Dieu le père. Ils font attendre, ils vont boire un verre, manger au restaurant. Ils ont le monopole, ils se prennent pour des pachas. Alors 10h du matin…les gens qui prennent de l'héroïne ils émergent à midi ou 13h. Mais quelqu'un qui est en manque, il ne dors pas de la nuit, donc à 10h il trace. D'abord l'argent, après l'héroïne et après on rentre. Après le lendemain on est malade, c'est tous les jours, tous les jours. Du lundi au dimanche, y'a pas de jours fériés, il n'y a plus de fête. La cellule familiale est cassée, on ne sait plus que c'est l'anniversaire de machin, on s'en fout. Je suis malade, donc il faut que j'aille chercher de l'héroïne. Ça passe au second plan l'anniversaire. Là c'est l'anniversaire de ma mère et ça fait très longtemps que je ne lui avais pas acheté de cadeau.

Q : ça représente quoi pour toi de lui offrir un cadeau maintenant ?

R : …je suis quand même arrivé à un stade où…ça représente que, je te donne un exemple. Avant quand j'allais à la banque, j'attendais pas de recevoir un papier me disant que tant d'argent était arrivé sur mon compte, j'allais à la banque pour demander un découvert. Je l'ai fait plusieurs fois jusqu'au jour où j'ai eu 32000 F de découvert. Ça fait beaucoup et là je me suis fait avoir. Mais c'est là qu'on est vicieux parce qu'on change de banque. On dit à l'organisme payeur : voilà le nouveau compte, on attend que le nouveau président de la république soit élu et que tout passe à la trappe. Et à l'heure actuelle, je voudrais de l'argent autant que j'en avais avant je ne pourrais pas, je serais incapable de le trouver. Partir le matin avec 0 F en poche et revenir un peu plus tard avec 1000 F je ne saurais plus comment faire, c'est impossible… là je connais des gens qui ne me font plus confiance parce que la confiance elle est cassée quand on est tox. Une fois qu'on a perdu la confiance de quelqu'un… la personne elle sait que c'est pour acheter de la drogue qu'on la taxe après c'est terminé. Même si on montre patte blanche même si on dit que c'est terminé, qu'on ne prend plus rien. C'est pas vrai, pour elle c'est : qui a bu boira.

Q : les gens que tu côtoies n'ont pas changé de regard ?

R : moi je change positivement. Il y a les cons qui ne changent pas d'avis. Mais je trouve que ces gens là, un jour ils s'apercevront éventuellement que peut-être ils ont eu tort de ne pas m'avancer la somme que je leur ai demandée.

Q : ces personnes c'est qui ?

R : par exemple si ma sœur passe et que je lui demande : tu n'as pas 200 ou 300 F à me prêter, je suis un peu juste ? Elle va venir et me dire : tu n'as pas assez à manger ? Tiens voilà des pates, du riz… mais elle ne me donnera pas 300 F en liquide.

Q : ça te fait quoi cette réaction ?

R : manque de confiance mais… J'ai tellement tiré sur la corde que c'est normal. Une personne me ferait un coup comme ça, je réagis pareil, c'est normal, c'est très humain. C'est pareil, moi j'ai prêté 100 F à un mec du centre. Il a un petit gamin, il n'a pas assez à manger c'est la fin du mois, j'ai pensé au gamin je lui ai prêté 100 F. Tout à l'heure il est passé et il m'a rendu les 100 F et ben la prochaine fois je lui prêterai plus les yeux fermés. Mais s'il est mal (en manque) un jour et qu'il me demande je lui dirai : non j'ai rien. Parce que je verrai qu'il est mal qu'il a plus ou moins replongé et là je saurai ce qu'il veut en faire des 100 F, et je ne peux pas lui faire confiance dans l'état où il est.

Q : ça veut dire que tu comprends que les gens ne te croient pas

R : oui, c'est très humain. Si on perd la confiance, on peut la regagner la confiance mais la personne aura toujours un *a priori* : j'ai redonné ma confiance mais attention !

Q : pour parler de la méthadone maintenant. Comment tu en as entendu parler. Tu m'as parlé d'autres fois où tu as essayé de décrocher sans en avoir vraiment envie, pour la méthadone tu étais dans le même état d'esprit ?

R : il y a plusieurs fois où il a fallu que je décroche par nécessité pécuniaires, par nécessité de santé. Quand j'ai perdu mon œil j'ai été obligé d'arrêter et puis après quand je suis monté un peu plus, j'ai été obligé d'arrêter parce que je n'avais pas l'argent pour 2 ou 3 g par jour. C'est beaucoup 2 ou 3 g. Il y a plusieurs façons quand on décroche. On arrête l'héroïne soit parce qu'on n'a pas d'argent soit à cause de la santé, tout est lié de toutes façon, la santé, l'héroïne alors on décroche : stop sinon tu vas mourir. On est suicidaire dans un certain sens. On dit stop parce que sinon tu touches le fond, tu vas y rester alors faut bien que : hop un petit coup de trampolin pour remonter, pour voir. Tu peux arrêter un petit moment pour avoir un peu de recul mais… Ma méthadone, le Dr A, je lui ai téléphoné toutes les semaines pendant je ne sais pas combien de temps. Parce que quand j'ai craqué dans la restauration. Je prenais 42 boîtes de néocodions par semaines, 120 à 140 comprimés par jour, une boîtes toutes les 4 h environ. Sur ma table de nuit j'avais mes néocodions, parce que je me réveillais en manque la nuit, et le matin pareil. Comme avec l'héroïne, le matin je reste au lit le temps que les néocodions fassent effet et après je vais pouvoir me lever, déjeuner, me doucher. Mais je ne fais rien d'autres, je suis végétal. Et la méthadone j'en ai entendu parler à la télévision et donc quand j'ai craqué dans la restauration, je ne pouvais plus tenir, je faisais 12 à 14 h par jour et la saison allait arriver en plus donc j'ai craqué et c'est là que j'ai appelé le Dr A. je l'ai eu je ne sais pas combien de fois au tél. Elle m'a dit que j'étais sur la liste d'attente. Je lui ai dit : d'accord mais vous me connaissez ? Vous ne m'avez pas vu, vous ne savez pas ce que je prends qui je suis. Enfin bref au bout d'un moment elle m'a proposé de faire le programme buprénorphine je lui ai dit que ce n'était pas la peine parce que passer le l'héroïne qui est un alcaloïde de morphine à un chlorydrate de morphine…enfin je ne sais pas si c'est ça mais je ne voulais pas

Q : c'est au produit que tu ne faisais pas confiance ?

R : oui oui parce que arrêter le néocodion qui m'avait fait arrêter l'héroïne c'était pas la peine que je continue dans ce procédé là. Il fallait trouver autre chose. Et comme pour une boîte par jour de

néocodions j'ai demandé un sevrage en 5 jours. On m'a enfermé. Je tapais sur la porte. Je tapais, je tapais jusqu'au moment où ils sont arrivés. On m'a fait une piqûre et je me suis réveillé, j'avais des bleus partout. Il paraît que je m'auto-mutilais, ils ont voulu m'attacher sur le lit mais je m'auto-mutilais. Un truc incroyable, j'avais des crises, je me tapais, je me griffais… ça c'était avant de prendre la méthadone. Et j'ai eu tellement la trouille de souffrir autant que j'ai souffert pendant toutes les cures de désintoxications – je n'en ai pas fait des milliers mais au moins 5- et là pour une boîte de néocodions, tous ces bleus, les piqûres qu'ils m'ont faites

Q : là tu t'es dit qu'avec tout ce que tu prenais ça allait être pire ?

R : oui. Avec tout ce que je prends, on va me mettre dans une pièce, sans médocs sans rien… Je vais mourir. Eux ils n'avaient jamais vu ça. Ils en avaient vu des tox mais jamais quelqu'un qui s'auto-mutile pendant 3 jours. Moi je ne me rappelle plus ce que je faisais mais eux ils ont eu peur… A un moment donné, ils m'ont dit : « on ne savait pas quoi faire de toi, te garder, t'emmener à l'hôpital… »

Q : toi tu te disais que la méthadone t'éviterait la souffrance c'est ça ?

R : la souffrance physique. Parce qu'avec tout ce que je prenais… 7 fois plus de néocodions qu'est-ce qui allait m'arriver ?

Q : même sans connaître la méthadone tu te disais que ça n'allait pas être ça ?

R : oui avec tout ce que j'ai vu avec le Dr A au téléphone et puis on commençait à en parler. Moi je me suis renseigné de mon côté. Et puis à Amsterdam j'avais des copains qui en revenaient et qui me disaient : « là-bas il y en a »…

Q : toi tu étais au stade où il fallait que tu t'en sortes ?

R : ah oui ! Là c'était terminé parce que ça faisait 8 ans que je prenais du nécocodion toutes les 4 heures à raison de 20 comprimés. En plus, avec le VIH…Les poumons…Pneumocystose… Parce qu'en étant séropositif, moi je leur disais aux docteurs : « si j'ai une pneumocystose…Les néocodions ce sont des antitussifs, pour protéger les poumons. Alors quel médicament on va me donner à moi pour protéger mes poumons ? » A un moment donné j'ai pris conscience que je pouvais tomber malade gravement. Je pouvais être sida avéré… Me retrouver dans un service de médecine interne et là j'aurais vraiment dérouillé parce qu'ils auraient soigné la maladie pour laquelle je serais entré mais la toxicomanie ils l'auraient soigné en me donnant des cacahuetes ! Parce que je sais très bien qu'en France la douleur, la morphine…Même les gens qui ont un cancer on ne leur en donne pas. En France on est très très en retard parce qu'il y a beaucoup de pays où on donne de la morphine comme on donne de l'aspirine pour calmer la douleur… Alors voilà, j'ai eu tellement la trouille que le Dr A au téléphone je lui ai dit : « s'il m'arrive ça et ça et qu'il faut que j'aille à l'hôpital qu'est-ce qu'on va faire de moi ? »

Q : pour en venir au moment où tu es entré au centre comment s'est passé le premier rendez-vous que tu as eu avec le Dr A ? C'était pour une évaluation ?

R : non… Un entretien, analyse d'urines et après je suis revenu pour faire un ASI, c'est avec une analyse psychologique et….En même temps on m'a montré les résultats de l'analyse d'urine. C'était 300 je ne sais pas quoi… Et moi j'étais à 600 c'est-à-dire le double de l'analyse normale. Alors j'ai dit : « qu'est-ce que vous en pensez ? Je suis bon pour le service ? » et le docteur A m'a dit : « oui mais le problème c'est qu'il y a deux solutions qui s'offrent à vous, la méthadone ou le subutex ». Alors moi je

lui ai expliqué que c'était pas la peine de passer du néocodion au subutex et qu'il valait mieux me donner de la méthadone.

Q : qu'est-ce que tu en as pensé qu'on te fasse faire des évaluations, par exemple l'ASI ?

R : …ça me rassurait parce que s'ils font des tests, s'ils prennent le temps de…parce que l'ASI, moi je suis arrivé à 9h, je suis reparti à 14h alors que ça se fait en 2h le test (…) Par contre il y a une chose, c'est qu'au début à chaque fois que je prenais quelque chose, du néocodion ou quoi, je leur disais. C'était pas la peine que je le cache.

Q : Pourquoi ?

R : parce que moi je suis parti du principe que… La motivation et puis il y a quand même un contrat moral qui se passe. On ne fait pas signer un papier comme quoi « vous vous engagez à ça et ça sinon vous prenez le risque de 30 coups de bâtons sur la place publique » … Non mais c'est un contrat moral et on le respecte. C'est-à-dire que si moi de mon côté je prends quelque chose, pendant tout le temps que durera le protocole méthadone, à chaque fois que je ferai une connerie, je le dirai.

Q : mais alors comment tu expliques que tu as pu gardé ce sens moral alors que quand tu es arrivé tu étais sous l'effet d'une drogue et que pendant toutes tes années de toxicomanies, la moralité pour certains trucs tu l'avais perdue. Comment tu expliques que là c'était important pour toi ?

R : bon…le néocodion ça te donne déjà un petit recul par rapport à l'héroïne. Tu as l'impression d'être normal avec le néocodion, mais tu es un peu ensuqué. Ça se voit. Parce que même les personnes du VSL m'ont dit « ah ben ça va mieux qu'au début ». Je ne sais pas comment ça se passe avec l'héroïne mais avec le néocodion je sais qu'au bout de trois semaines je n'en prenais plus qu'une dizaine de comprimés par jour. J'ai trouvé ça fabuleux : « c'est pas possible ! Ça fait des années que je prends du néocodions et en trois semaines ! »

Q : au départ tu avais une grande motivation

R : oui

Q : ça veut dire que tu faisais pleinement confiance au produit, aux gens que tu avais rencontrés ?

R : le produit je ne le connaissais pas. Les gens ici, je ne les connaissais pas mais je savais comment ça se passait. Comme à Charles Perrens (hôpital psychiatrique), c'est-à-dire qu'on a un entretien et on marque. Ils marquent ce que la personne a demandé, combien de fois elle a téléphoné etc. et ils avancent par rapport à ça. Bon c'est pas des ordinateurs c'est des êtres humains alors ils ne peuvent pas se rappeler de tout. Donc ils sont obligés de marquer ce que tu as dit et pleins de trucs. Ça je le comprends très bien.

Q : tu me donnes l'impression de t'être vraiment remis entre les mains de l'équipe

R : ah oui oui !

Q : tu leur faisais confiance. Est-ce que ça veut dire une confiance dans les règles d'un traitement ou une confiance dans les gens ou…

R : mais parce que je me considère comme malade, pas comme toxico. Quelqu'un qui vient se faire opérer et bien il remet sa vie entre les mains du chirurgien, de l'anesthésiste.

Q : oui mais ça veut dire que le jour où tu es arrivé, c'est-à-dire avant d'avoir les effets qui te permettent de prendre du recul, tu te disais : « je suis un malade, j'ai telle maladie, il y a des médecin qui vont me proposer tel truc qui guérit ma maladie… » ?

R : avant non. Ça c'est Nadine (infirmière). C'est un peu de travail avec Nadine. Parce que je me considérais encore comme toxico les 15 premiers jours mais c'est elle qui m'a donné l'exemple de personnes prenant de l'insuline…bon. La personne a besoin d'insuline et ben moi s'il faut que je prenne de la méthadone pendant 5 ans, j'en prendrai 5 ans. Tant que je ne serai pas stabilisé psychologiquement et que je penserai toujours aux néocodions ou à l'héroïne…

Q : donc c'est le travail psychologique que tu as fait ici qui a fait que tu as compris que tu étais malade et non pas toxicomane ?

R : oui oui… Et puis je leur faisais confiance et la confiance elle était réciproque(…)

Q : Ici, dans un cadre médical, avec une équipe médicale tu t'es mis dans la peau d'un patient mais quand tu rencontres des gens à l'extérieur comment tu te présentes à eux ? Comme un malade ? Comment tu te présentes ?

R : non non… d'ailleurs ce qui est vraiment rigolo et paradoxal c'est… quand j'ai voulu faire du bénévolat (dans la distribution de colis alimentaires) Par l'intermédiaire de l'assistante sociale du centre. J'ai téléphoné, et le gars pensait que j'avais besoin de colis, parce que j'étais tout seul, j'étais handicapé et que l'assistante sociale m'avait envoyé là. Bon. Je lui ai dit : « je suis un ancien toxico. Maintenant je suis un protocole méthadone et je désirerais faire du bénévolat ». Il m'a dit : « voilà. Le travail est là ».

Q : pourquoi tu lui as dit que tu étais ancien toxicomane. Tu aurais pu dire : « bonjour je m'appelle Philippe, j'habite là, je voudrais faire du bénévolat ».

R : non mais j'ai pas dit que j'étais séropositif. Y'a des choses que je n'ai pas dites et puis c'est parce qu'il y a eu un quiproquo. Lui pensait que j'allais venir prendre des colis. Il m'a dit « comment ça se fait que vous ayiez eu mon numéro de téléphone ? » / « par l'assistante sociale » / « ah bon ? Laquelle ? » / « celle où je vais tous les jours au centre de substitution où ils donnent un médicament etc.etc. »

Q : ce sont les circonstances qui ont fait que tu as été amené à lui dire, sinon tu ne le lui aurai pas forcément dit c'est ça ?

R : Ah oui ! Je ne vais pas crier sur tous les toits que je prends de la méthadone parce que je suis un ancien toxico ! Pas du tout.

Q : ça veut dire aussi que tu n'as pas l'habitude de te présenter aux gens comme quelqu'un qui est malade, qui a du diabète ?

R : non. Parce que je suis une personne à part entière c'est tout ! J'ai un traitement médicamenteux c'est tout ! Quelqu'un qui a un problème médicamenteux qu'il faut résoudre et puis voilà ! Donc je prends de la méthadone mais… Je prends tous les jours une médicament que je suis obligé d'aller chercher à l'hôpital parce qu'il n'est pas encore en vente dans les pharmacies.

Q : c'est pas toujours clair dans l'esprit des gens. Disons qu'ils associent souvent ça au fait d'être toxico

R : Non puisque c'est un médicament. Pour moi c'est un médicament. Bon, c'est vrai qu'il y a marqué stupéfiant sur les boîtes mais pour moi c'est un médicament.

Q : oui c'est clair pour toi parce que justement tu connais le traitement, tu le suis, mais il y a beaucoup de gens pour qui la méthadone est associée à une drogue, à la toxicomanie.

R : Oui. Pour moi c'est un médicament, pour eux c'est un stupéfiant.

Q : qu'est-ce que tu en penses de ce point de vue là des gens ?

R : ce sont des personnes qui ne sont pas suffisamment renseignées c'est tout. Et qui pensent qu'un toxico restera toxico même s'il prend de la méthadone.

Q : ça te dérange qu'on ait un point de vue comme ça ?

R : non pas du tout. Ça dépend qui le dit. Si c'est une personne qui s'est faite agresser par un toxico qui était en manque, qui lui a mis un couteau sous la gorge etc. je comprends son point de vue. Mais sinon…

Q : Mais ça t'atteins en même temps ? C'est-à-dire, une personne qui ne voudrait pas comprendre mais qui n'a pas de raison tu ne lui fais pas attention ?

R : ah oui ! je ne vais pas me mettre en 4 pour lui expliquer ce que c'est la méthadone ni pourquoi etc. Elle pense comme ça aujourd'hui et dans six mois elle pensera différemment elle pensera que c'est une médicament nécessaire pour les anciens toxicos. En plus, ça ne fait pas 20 ans que c'est en place ce genre de traitement. On n'a pas trop de recul. C'est comme pour le sida, quand il est apparu on a dit : « c'est les pédé, les toxicos et les putes. Tant pis pour leur gueule. Ils n'ont qu'à pas être pédé, tox ou faire le tapin ». Bon. Maintenant les gens pensent différemment parce que ça atteint toutes les couches de la société

Q : Donc toi depuis que tu es en traitement tu as compris que tu avais une maladie ?

R : ah mais moi ça fait longtemps que je me dis que la toxicomanie est une maladie.

Q : alors tu vois les choses comment ? C'est un traitement qui te permet de te soigner et d'avoir ta vie à toi à l'extérieur ou… Tu la vois comment ta maladie ?

R : pour l'instant, je suis un bébé encore. Ma maladie je ne peux pas trop en parler parce que je n'ai pas trop de recul… puisque ma méthadone je la prends depuis très peu. Je sais que plus ça va aller mieux, ça va aller.

Q : « mieux ça va aller » ça veut dire que tu vas commencer à faire ta vie ?

R : oui oui. Bon. Je sais que je ne pourrai pas avoir d'enfant. Je suis séropositif. Il y a des routes qui sont sans issue ça je le sais. Bon. Et bien on prend les chemins de traverse.

Q : mais alors c'est quoi ces chemins de traverse ? Qu'est-ce que tu as envie d'en faire de ta vie ?

R : pour le moment c'est… Déjà prendre beaucoup plus de recul que je n'en ai à l'heure actuelle pour pouvoir me voir d'un peu plus haut, pour voir où je vais aller, qu'est-ce que je vais faire.

Q : pour l'instant tu ne sais pas encore ce que tu as envie de faire ?

R : non pas vraiment…Parce que… Là je vois que… En travaillant à l'association, je le fais le mardi, mais je ne pourrais pas le faire tous les jours parce que je suis encore…je fatigue vite. Donc il faut prendre le temps…ça ne se fait pas en un jour. C'est pour ça que je suis contre les contrats signés comme 5 jours de sevrage en pavillon fermé et c'est tout. C'est une perte de temps, d'argent. Et le temps, c'est de l'argent. Donc le temps investi pour une personne pendant 5 jours et les médicaments donnés etc. ça coûte cher à la société. Donc on pourrait s'en passer et le mettre directement à la méthadone, agrandir les pavillons, que les personnes qui s'occupent de désintox dans les centres hospitaliers spécialisés viennent ici…

Q : pour toi la méthadone c'est la solution alors ?

R : c'est pas…La panacée… Pas pour tout le monde mais…Pour une grande partie…Oui.

Q : En même temps, le traitement méthadone c'est un produit, une équipe et puis aussi le fait de savoir que tu rencontrerais des gens en traitement comme toi. Qu'est-ce que ça représentait pour toi ? Tu t'en fichais ? Tu te disais : « c'est bien je vais pouvoir rencontrer des gens qui ont vécu les mêmes trucs que moi » ?

R : au départ ça me gênait parce que… Je me disais : « je vais me retrouver avec des tox, dans le même milieu dans lequel j'étais ». Et en définitive, en posant des questions à certains : « est-ce que ça te fait ça ? »… C'est bénéfique de poser certaines questions : « est-ce que ça ça t'est arrivé ? / oui »/ « ah bon toi aussi »… Donc tu n'es pas le seul

Q : ça veut dire aussi que vous parlez ensemble de la toxicomanie ?

R : oui… « est-ce que ça t'est arrivé ça ? / oui/ Comment ça s'est passé ? / Comme ça comme ça…/ Et ben moi c'est pareil/ »

Q : est-ce que le fait de parler de la toxicomanie avec les autres personnes en salle d'attente, ça t'aide à t'en sortir ?

R : Oui mais pas tous.

Q : Est-ce qu'avec eux, tu dirais que tu as des relations ou des conversations « de toxicos » ?

R : Non non pas du tout. Des relations de patients… C'est bien marqué : « maladie psychiatrique », il n'y a pas marqué « réservé aux tox, parking réservé aux tox ». On est dans un service médical ici… il y a des blouses blanches des docteurs. Donc s'il y a des docteurs en psychiatrie, c'est une maladie. Qu'on ne vienne pas me dire que ce n'est pas une maladie, que c'est parce que le gars a envie de se défoncer la gueule ! Non c'est faux ! Non c'est pas vrai on ne peut pas me dire que c'est autre chose qu'une maladie ! c'est une maladie à part entière la toxicomanie (…)

Il faut aussi que la personne veuille remonter. Parce que moi je sais très bien qu'un toxicomane si on le force à se désintoxiquer, ça ne marche pas.

Q : mais alors qu'est-ce qui fait qu'à un moment donné tu as cette prise de conscience qui fait que tu veux (arrêter) ?

R : moi personnellement – parce que chaque toxico est un cas différent –, moi j'ai eu la trouille d'avoir un accident sur la voie publique, de faire une maladie opportuniste avec le sida, de me retrouver dans un service, de ne pas pouvoir parler parce que j'ai plein de tuyaux partout, souffrir à cause du manque etc…(…) J'en ai vu des docteurs hein ? Un notamment qui avait édité une plaquette avec le virus du sida dessiné. Un médecin généraliste, donc un type qui s'occupe de toutes les maladies. Je suis allé le voir, j'ai discuté trois heures avec lui parce que moi je lui ai dit : « je veux décrocher ». mais au bout de trois heures, il m'a dit : « je ne peux pas m'occuper de vous parce qu'on n'a pas les structures nécessaires pour vous recevoir ». ça sert à quoi alors d'éditer une plaquette qui dit on peut vous accueillir et après : « on n'a pas les structures nécessaires ».

Q : tu lui as demandé plus d'explication ?

R : Non sur le moment je n'ai pas cherché à comprendre plus. Bon. C'était une clinique pas un hôpital mais… Il pouvait avoir tout ce qu'il voulait comme médicament. Il n'a pas voulu me recevoir dans son service alors qu'il avait édité une petite plaquette. Enfin…

Q : toutes ces démarches que tu as faites auprès de différents docteurs, et même ici, tu les as faites tout seuls ou quelqu'un t'incitait à le faire

R : tout seul, tout seul. Ma mère me disait au contraire : « arrête de téléphoner tu les embête ». Non je ne les embête pas au contraire. Je ne vais pas attendre 3 ans. C'est maintenant ou jamais.

Q : c'est-à-dire que tout ton entourage n'était pas autour de toi pendant toutes ces démarches là ?

R : non je les ai faites tout seul. Quand ça a commencé à aller mal à Arcachon… Je téléphonais à sida et drogues info services. C'est eux qui m'ont renseigné pour le traitement méthadone, comment ça se passe… Ou aussi les pubs à la télé : « bientôt la méthadone en pharmacie » et aussi les docteurs : « bientôt on prescrira de la méthadone ». Alors quand j'ai entendu ça j'ai téléphoné au docteur A pour savoir comment on faisait pour entrer…

Q : ce que je voulais comprendre c'est que toutes ces démarches et même avant pendant que tu était toxico c'est un parcours que tu as fait tout seul ? Ton entourage, ta famille tes amis ne t'on pas dit… ne sont pas intervenus ?

R : la famille, les amis m'ont dit : « t'en as pas marre de bouffer du néocodion comme ça ? T'en as pas marre ? T'as pas mal au ventre ? Tu vas te bousiller ton foie, ton estomac ! » c'est tout ce que m'ont dit les amis. Ils pensaient à ma santé. Les autres, ils ne disaient rien. Ils s'en foutaient au contraire. Ils me disaient : « moi aussi je n'ai plus de néocodions. Je vais être malade. Je n'ai plus assez d'héroïne pour demain. Tu ne veux pas aller m'en chercher deux boîtes ? »

Q : Tu avais des amis aussi qui n'étaient pas toxicos et qui faisaient attention à ce que tu faisais ?

R : oui mais pas beaucoup.

Q : et ces amis, ils étaient là quand tu as commencé à prendre de la méthadone ? Ils t'ont encouragé ?

R : oui oui. Ils m'ont dit : « tu as de la chance ». Enfin ceux qui étaient toxicos ils me disaient : « comment tu as fait. Jamais on n'aurait cru que tu ne prenais plus de néocodion ».

Q : et les autres ? ceux qui n'était pas du tout dans le milieu de la drogue ?

R : ils ont été étonnés eux aussi. Mais ils me voient maintenant sous un autre angle et on a des discussions qui changent par rapport à autrefois. Enfin c'est eux qui me le disent. Parce que moi avant j'étais dans le coltard… Leur gosse ça pousse, la rentrée scolaire… on parle de tout ça.

Q : avec ta famille aussi ?

R : Non. Parce que je ne la vois pas, je ne veux pas les voir.

Q : Pourquoi tu ne veux pas les voir ?

R : Parce que d'une part je n'ai pas assez de recul. J'aurais peur de… d'avoir des réactions de…. Toxico.

Q : toi tu aurais peur d'avoir des réactions de toxicos ?

R : Oui

Q : pourquoi ?

R : dans la façon dont je m'exprime, dont je parle

Q : Oui mais tu m'as dit tout à l'heure que c'était fini, que tu ne te sentais plus toxico

R : oui d'accord mais il y a toujours des formes de….pas des formes d'intonations… mais des formes de construire une phrase…. Je ne sais pas.

Q : c'est-à-dire que parfois tu te considères encore comme un toxico ? mais aussi

R : Ah ! par rapport à ma famille je suis un toxico qui me soigne, qui se soigne

Q : c'est-à-dire. Est-ce eux qui voient ça ou toi qui pense ça ?

R : Eh mais si on leur disait que je prends de la méthadone – ils ne le savent pas mais –, mes sœurs mes beaux frères ne le savent pas. Mais si je leur disais que je prends de la méthadone : « ah t'as recommencé tes conneries ! Tu ne nous avais rien dit ! Tu nous disais que tu ne prenais plus rien, que tu ne prenais que tes médicaments ! ». Eux ne vont pas faire la différence entre l'héro et le néocodion

Q : ta mère elle la fait la différence ?

R : oui oui elle la voit. Parce que quand je prenais de l'héro j'étais impossible à la discussion. Bon. Mais avec le néocodion je discutais. En plus, le néocodion fait qu'on a une loghorrée très grande mais le lendemain on ne se rappelle plus de quoi on a discuté.

Q : mais avec ta mère, tu n'as pas peur d'avoir des réactions de toxicomane ?

R : non non parce qu'elle voit la différence elle entre l'héro et le néocodion. Quand elle a vu que je ne prenais plus de l'héroïne mais que du néocodion, elle était soulagée : « ah ! il ne prend plus d'héroïne. Ça va mieux. Ça ne va pas mais enfin ça va mieux ».

Q : Et maintenant elle se dit que tu n'es plus un toxicomane ?

R : voilà. Elle se dit que ce n'est plus le toxicomane. Il prend un médicament… Je lui ai montré la fiole. Je lui ai dit : « viens, vas-y goûte ». Elle a mis son doigt, elle a goûté : « c'est du sirop ? / Oui c'est du sirop. Tu comprends maintenant pourquoi je n'ai plus faim / Ah. C'est pour ça que tu manges moins. Parce que je me disais, tu manges moins, qu'est-ce que tu fais, tu prends autre chose ? » Voilà je lui ai montré ce que c'était la méthadone, je lui ai dit « goûte ». Elle ne voulait pas, elle avait peur mais je lui ai dit de tremper juste son doigt : « t'inquiète pas tu ne vas pas voir des éléphants roses ».

Q : Et les autres ? Ils ne pourraient pas comprendre ?

R : fffffffff c'est-à-dire qu'il faudrait que je reparte à zéro. Que je leur ré-explique la différence entre être dépendant pharmaceutiquement et…

Q : mais parce que tu dis que toi même tu as peur d'avoir des façons de parler de toxicomane

R : non c'est pas ça… Je ne sais pas comment expliquer… Parce que eux, ils m'ont vu toujours toxico, alors ils vont me voir comme ça. Ils vont rester avec leurs idées arrêtées. Est-ce qu'ils vont me prendre au sérieux ou pas ? Est-ce que ça va compter ce que je vais dire ou pas ? ça ne compte pas vraiment… Eux ils se sont arrêtés à l'image de toxico : « ah ! J'espère que tu as arrêté tes bêtises ». « Tes » bêtises ! Ils ne vont pas chercher pourquoi, ou le pourquoi du comment j'ai commencé à fumer puis à prendre de l'héroïne.

Q : c'est-à-dire que pour eux c'est ton problème ?

R : non mais ils sont vraiment obtus. Ils ont des œillères et puis voilà… Tox, tox… même prendre des médicaments pour eux c'est être toxicomane. Parce que depuis longtemps je prends des médicaments. Ceux que j'ai là, qu'on m'enlève au fur et à mesure. Mais même ceux-là, si je parle de céresta ou d'équanil ça va être : « tu prends encore ça ? Tu continues toujours tes conneries alors ! »

Q : Alors justement, dans les gens qui t'entourent, à qui tu peux vraiment faire comprendre ce que tu vis ? Et qui réagit comme eux ?

R : à part mes sœurs…. Ma mère elle a très bien compris puisque je vis avec elle, il n'y a pas de problème. Ma copine de Tours, elle comprendrait bien puisqu'elle prends des néocodions. Pas autant que moi, elle en prend 10 le matin et 10 le soir. Elle, elle prend ça pour avoir la pêche

Q : Les gens que tu rencontres, tu leur dis ?

R : Ceux qui ne sont pas au courant de mon parcours, c'est pas la peine que je leur explique quoi que ce soit parce que c'est pas la peine puisque je me considère comme un malade qui prend un médicament… Peut-être qu'eux ils prennent un médicament pour dormir le soir. Donc, parmi eux, il y en a 1 sur 5 qui prend des calmants, des benzodiazépines. En France, on est beaucoup médicament. Et puis ceux qui m'ont connu avant, ils me disent que j'ai changé : « t'as changé. Tu fais quoi ? » Alors je leur explique que je suis en substitution. Et puis eux, comme ils connaissent plus ou moins l'état dans lequel j'étais avant… J'étais vraiment une larve… En état d'hibernation totale toute la journée. On pouvait me dire n'importe quoi, je dormais. « y'a le feu à la maison », je dormais. Enfin, je piquais du nez. Ça c'est la prise de… moi je dis que l'héroïne c'est tellement bon que c'est du poison et je sais qu'il y a beaucoup de personnes qui sont fortes de caractère et à qui on forcerait la main… On leur dirait : « prend ça, tu vas voir ce que c'est l'héroïne », qui trouveraient ça tellement bon que le lendemain elles viendraient me voir en m'en demandant encore.

Q : maintenant que tu es sur la voie d'aller mieux, de faire ta vie, qu'est-ce qui t'intéresse ? qu'est-ce que tu aimes faire ?

R : pour le moment je ne sais pas…je ne sais pas…Je m'instruis un peu plus parce que j'ai perdu pas mal de temps à l'adolescence alors j'essaie de m'instruire au maximum. Bon. Je n'aime pas trop lire, ça c'est mon point faible, je n'aime pas lire mais pas mal d'émission d'ARTE alors que quand je prenais du néocodion je l'aurais regardé mais… Disons que maintenant j'entends mieux. J'ai jamais été sourd mais avant je n'entendais pas. Maintenant j'entends. Je ne te dis pas que j'entends bien mais mieux… c'est-à-dire entendre, garder en stock, en mémoire et pouvoir le redire un jour s'il y a une discussion. Je dois bien arriver à entendre à 60 %. On a fait un grand pas.

Q : mais quand tu me disais que pendant des années ton seul centre d'intérêt c'était l'héroïne, maintenant tu as trouvé d'autres centres d'intérêt ?

R : oui. Tout, n'importe quoi… oui la pêche, la truite avec la mouche (rires). Oui parce que la nuit parfois je ne dors pas alors je regarde la télé, ce genre d'émission

Q : tu regardes beaucoup la télé ?

R : Oui la nuit parce que je ne dors pas.

Q : les jours où tu ne fais pas de bénévolat tu fais quoi ? Tu restes chez toi ? Tu vois du monde ?

R : Je reste chez moi… je fais une collection de timbres. Ça d'ailleurs je ne le dis pas trop ici parce que j'ai mis 8500 F dans un timbre. Alors ceux qui n'arrivent pas à avoir 100 F d'avance, ils vont me dire « qui c'est ce bourge ». Mais en fait, j'économise. Tout l'argent que je ne mets pas dans les néocodions… Je me fais plaisir comme ça. Musique, philatélie, maquettes, bénévolat, courses pour ma mère, cuisine.

Bibliographie

Adam, P., Herzlich, C., *Sociologie de la maladie et de la médecine ,* Paris, Nathan, « 128 », 1994.

Anglin, M. D., Powers, K. I., «Individual and joint effects of methadone maintenance and legal supervision on the behavior of narcotics addicts», *Journal of Applied Behavioral Science*, 27(4), pp515-531, 1991.

Augé-Caumon, MJ., Bloch-Lainé, JF., Lowenstein, W., Morel, A., *L'accès à la méthadone en France. Bilan et recommandations : rapport au Ministre délégué à la santé*, Paris, La documentation française, 2002.

Auriacombe, M., Franques, P., Martin, C., Grabot, D., Daulouède, JP., Tignol, J., « Traitement de substitution par méthadone et buprénorphine pour la toxicomanie à l'héroïne », in *Toxicomanie, Hépatites, sida,* Gufens, « Les empêcheurs de tourner en rond », 1994.

Bachman, C., Coppel, A., *La drogue dans le monde. Hier et aujourd'hui,* Paris, Le seuil, « Points actuels », 1991.

Ball, J.C., Ross, A., *The effectiveness of methadone treatment. Patients, programs, services and outcome.* New York, NY.Springer-Verlag, 1991.

Ball, J.C., Lange, W.R., Myers, C.P., Friedman, S.R., «Reducing the risk of AIDS through methadone maintenance treatment», *Journal of Health and Social Behavior*, 29, pp214-226, 1988.
Ball, J.C., Corty, E., «Policy issues pertaining to the treatment of heroin addicts in the United States-

Barré, MD., « Toxicomanie et délinquance : relations et artefacts », *Déviance et Société*, Vol.20, n° 4, 1996.
Barrow, S., *Usages de drogues et comorbidités psychiatriques. Synthèse des recherches américaines*, Document du Groupement de Recherche Psychotropes, Politique et Société, N°3 Octobre-Décembre 1999.

Bass, U.F., Brown, B.S., « Methadone maintenance and methadone detoxification : A comparison retention rates and client characteristics», *International Journal of Addictions*, *8(6), pp889-895, 1973.*

Beck, F., Perreti-Watel, P., EROPP 99, enquête sur les représentations, opinions et perceptions relatives aux psychotropes, OFDT, Etude n°20, Avril 2000.

Becker, H., *Outsiders*. *Etude de sociologie de la déviance,* Paris, Métailié, « Observations », 1985.

Bell, J., Hall, W., Byth, K., «Changes in criminal activity after entering methadone maintenance», *British Journal of Addiction*, 87(2), pp251-258, 1992.

Berger, P., Luckman., T., *La construction sociale de la réalité,* Paris, Méridiens-Klincksieck, 1986,

Bergeret, J., *Toxicomanie et personnalité*, Paris, PUF, 1986.

Bergeron, H., *L'état et la toxicomanie, histoire d'un singularité française*, Presses Universitaires de France, « Sociologies », 1999.

Bernat De Celis, J., *Drogue consommation interdite, la genèse de la loi du 31 Décembre 1970*, Paris, Montréal, L'Harmattan, « Logiques sociales », 1996.

Biernacki, P., *Pathways from Heroin Addiction,* Philadelphie, Temple, 1986.
Blanchet, A., *et al.*, L'entretien dans les sciences sociales. L'écoute, la parole et le sens, Paris, Dunod, 1985.

Boggio, Y., *La politique suisse en matière de drogues illicites. Histoire d'un pragmatisme,* Documents du groupement de recherche Psychotropes, Politique et Société, n°2, Avril-Septembre, 1999.

Bourdieu, P., « L'illusion biographique », *Actes de la Recherche en Sciences Sociales*, n°62-63, 1986.

Bourdieu, P., *La misère du monde,* Paris, Seuil, 1993.

Bourgois, P, *In search of respect. Selling Crack in el Barrio*, Cambridge University Press, 1995.

Boyle, D., *Trainspotting*, 1994.

Brochu, S., Schneebeerger, P., *Drogues et délinquances, regards sur les travaux nord-américains,* Documents du CESAMES, n°9, 2001

Brown, B.S., Watters, J.K., Iglehart, A.S., «Methadone maintenance dosage levels and program retention», *American Journal of Drug and Alcohol Abuse*, 9, pp129-139, 1983.

Brown, B.S., «Federal drug abuse policy and minority group issues. Reflections of a participant-observer», *International Journal of the Addictions*, 20(1), pp203-215, 1985.

Burroughs, W., *Junky*, Paris, Belfond, 1979 rééd 10/18

Caballero, F., *Droit de la drogue*, Paris, Dalloz, 1989.

Caiata, M., « Le consommateur intégré : entre adaptation à la réalité et production de la réalité », in Faugeron, C., Kokoreff, M., (Dir) *Société avec drogues. Enjeux et limites*, Paris, Editions Erès, 2002.

Carpentier, J., *La toxicomanie à l'héroïne en médecine générale,* Paris, Ellipses, 1994.

Carpentier, J., Des toxicomanes et des médecins, un drame en trois actes et quarante sept tableaux, Paris, L'Harmattant, 2000.

Castel, R., *et al.*, *Les sorties de la toxicomanie*, *Types, trajectoires, tonalités*, Rapport MIRE, 1992.

Castel, R, *Les sorties de la toxicomanie,* Fribourg Editions Universitaires, « Res Socioalis », 1998.

Castel, R., *Les métamorphoses de la question sociale*, Paris*,* Fayard, 1995.

Castel, R., *La gestion des risques. De l'anti-psychiatrie à l'après psychanalyse,* Paris, Editions de Minuit, 1981.

Cesoni, ML., *L'incrimination de l'usage de stupéfiants dans sept législations européennes,* Paris, Documents du groupement de recherche psychotropes, politique et société, Paris, Janvier-Mars, 2000.

Cicourel, A., *The social organisation of juvenile justice*, New york, J. Willey, 1968.

Charpak, Y., Benjamin, F., « Simulation informatique du devenir à 10 ans d'une cohorte d'héroïnomanes en Ile de France », *Revue Epidémiologique de Santé Publique*, 40, 1992.

Cirilio, S., Berrini, R., Cambiaso, G., Mazza, R., *La famille du toxicomane*, Paris, ESF Editeur, 1997.

Cindy, J., Kludt, Ph.D., Lawrence Perlmuter, Ph.D., « Effects of Control and Motivation on Treatment Outcome », *Journal of Psychoactive Drugs*, Vol 31(4), pp405-414, 1999.

Cooper, J.R., Atman, F., Brown, B.S., Czechowicz, D., *Research on the treatment of narcotic addiction, States of the art (ADM).* NIDA Research monograph series 83-1281. Rockville, MD, 1983.

Coppel, A., *Peut-on civiliser les drogues ?De la guerre à la drogue à la réduction des risques*, Paris, La découverte, 2002.

Coppel, A., « Les intervenants en toxicomanie, le sida et la réduction des risques en France ».in *Vivre avec les drogues*. Communication n°62. 1996.

Coppel, A., « Les sorties de la toxicomanie », in *Dépendance et conduites de consommation*, INSERM, 1995.

Craig, R.J., « Effectiveness of low-dose methadone maintenance for the treatment of inner city heroin addicts», *International Journal of the Addictions*, 15(5), pp701-710, 1980.

Croziers, M., Friedberg, E., *L'acteur et le système,* Le seuil. « Sociologie politique ». 1977.

Davies, J.B., « Conversations with drug users : a fonctional discourse model», *Addiction Research*, vol 5, N°1, 53-70, 1997.

Davies, J.B., *Drug speak. The analysis of drug discourse*, London, Hardwood academic Publisher, 1997.

Davies, J.B., *The Myth of Addiction.* Reading, Hardwood Academic Publisher, 1992.

Declerck, P., *Les naufragés. Avec les clochards de Paris*, Paris, Plon, « Terre Humaine », 2001.

Delrieu, Alain., *L'inconsistance de la toxicomanie,* Paris, Navarin, 1988.

De Munck, J., « La régulation des drogues dans le conflit de normes »,in *Vivre avec les drogues.* Communications n°62. 1996.

Devereux, G., *De l'angoisse à la méthode dans les sciences du comportement*, Paris, Aubier, 1980.

Dubar, C., *La crise des identités. L'interprétation d'une mutation,* Paris, PUF, 2000.

Dubet, F., Sociologie de l'expérience, Paris, Seuil, « La couleur des idées », 1994.

Dubet, F., *La galère, jeunes en survie,* Fayard, Essai, 1987.

Dubet, F., Jazouli, A., Lapeyronnie, D., *L'Etat et les jeunes*, Paris, Ed Ouvrières, 1985.

Duprez, D., Kokoreff, M., *Les Mondes de la drogue*, Paris, Odile Jacob, 2000.

Ehrenberg, A., *La fatigue d'être soi, Dépression et Société*, Paris, Odile Jacob,1998.

Ehrenberg, A., « Comment vivre avec les drogues ? » in *Vivre avec les drogues,* Communications n°62, 1996 .

Ehrenberg, A., *L'individu incertain*, Paris, Calmann-Lévy, « Essai, société », 1995.

Ehrenberg, A., (textes réunis par), *Penser la drogue, penser les drogues.* « Etat des lieux » (Vol I), Descartes « sciences humaines », 1992.

Ehrenberg, A., *Le culte de la performance*, Paris, Calmann-Lévy, 1991.

Ehrenberg, A., « Un monde de funambules », in Ehrenberg, A., (Dir), *Individus sous influences : drogues, alcools, médicaments psychotropes,* Paris, Seuil, 1991.

Elias, N., *Engagement et distanciation*, Paris, Fayard, « Agora », 1995.

Facy, F., Laurent, F., «Actualité épidémiologique en toxicomanie», *La revue du praticien,* tome 6, N°189, 5. 10. 1992.

Faugeron, C., Kokoreff, M., *Société avec drogues. Enjeux et limites,* Paris, Editions Erès, 2002.

Fisher, GN., *Le ressort invisible, vivre l'extrême*, Paris, Seuil, « psychologie », 1994.

Fournié, J., *Famille et toxicomanies : initiatives privées et publiques : groupes de parents, service d'aide téléphonique, de nouveaux espaces pour la parole*, Paris, OFDT, FIRST,1997.

Freidson, E., *La profession médicale*, Paris, Payot, "Médecine et sociétés", 1984.

Fuchs Ebaugh , H.R., *Becoming an ex*, *The process of role exit*, Chicago, The University of Chicago Press, 1988.

Geishmar Wieviorka, S., *Les toxicomanes,* Paris, Le seuil, 1995.

Geishmar Wieviorka, S., Guionnet, C., Guis, G., *La méthadone*. Que-sais-je ? PUF, 1997.

Gerstein, D.R., Harwood, H.J., (Institute of Medicine) (Eds). «A study of the evaluation, effectiveness, and financing of public and private drug treatment systems», *Treating drug problems*, Vol. 1. Washington, DC : National Academy Press, 1990.

Goffman, E., *Stigmate. Les usages sociaux des handicaps,* Paris, Editions de Minuit, « Le sens commun », 1975.

Goffman, E., *La mise en scène de la vie quotidienne,* Paris, Editions de minuit, 1973.

Goffman, E., *Asile,* Paris, Editions de Minuit, 1968.

Gold, M.L, Sorensen, J.L, McCanlies, N., Trier, M ., Dlugosch, G., « Tapering from methadone maintenance : Attitudes of clients and staff », *Journal of Substance Abuse Treatment, 5, pp37-44, 1988.*

Gossop, M., *Addiction and after*, British Journal of Psychiatry, 1988, 152.

Groenemeyer, A., « Politiques en matière de drogues et mortalité des toxicomanes en Europe », CESDIP, 1996.

Hamon, H., *Nos médecins,* Paris, Seuil, « Points », 1994.

Hanson, B., et alii., *Life with heroïn.* Lexington. Lexington Books. 1985.

Henrion, R., (sous la présidence de), *Rapport de la commission de réflexion sur la drogue et la toxicomanie.* Paris, La documentation française, 1995.

Honneth, A., *La lutte pour la reconnaissance*, Paris, Cerf, « Passages », 2000.

Hser, Y-I., Anglin, M.D., Chou, C., «Evaluation of drug abuse treatment: A repeated measures design assessing methadone maintenance», *Evaluation Review*, 12(5), pp547-570, 1988.

Hubbard, R.L., Marsden, M.E., Rachal, J.V., Harwood, H.J., Cavanaugh, E.R., Ginzburg, H.M., *Drug abuse treatment : A national study of effectiveness* , Chapel Hill, NC : The University of North Carolina Press, 1989.

Hunt, G., Rosenbaum, M., « «Hustling» within the clinic : Consumer perspectives on Methadone Maintenance Treatment» in *Heroin in the age of crack-cocaine, Drugs, Health and Social Policy Series*, Vol.6, Sage Publications, 1998.

Hunt, G.H., Odoroff, M.E., *Follow-up of narcotic drug addict after Hospitalisation* , Public Health Rep, 77 4, pp 41-54, 1962.

Ingold, F.R., « Les toxicomanes ont-ils une santé ? », in *Drogues, politique et société,* Ehrenberg, A., Mignon, P., (Dir) Paris, Descartes, « Le Monde-Editions »,1992.

Jacques, JP., *Pour en finir avec les toxicomanies. Psychanalyse et pourvoyance légalisée des drogues*, Bruxelles, De Boeck Université, 1999.

Jauffret, M., *L'auto-support des usagers de drogues en France. Groupes d'entraide et groupes d'intérêt*, Paris, Documents du groupement de recherche psychotropes, politique et société, n°6, Juillet-Septembre 2000.

Journet, N., « L'insaisissable individu », *Sciences Humaines*, N°131, p. 48-49, Octobre 2002.

Kopp, P., Fenoglio, P., *Le coût social des drogues licites (alcool, tabac) et illicites en France*, OFDT, Etude n°22, Septembre 2000.

Kopp, P., Consommation de drogues et efficacité des politiques publiques, *Revue Economique*, 45 (6), 1994.

Kosten, T.R., et alii, «A 2,5 year follow-up of treatment retention and reentry among opioid addicts», *Journal of Substance Abuse Treatment*, 1986, 3.

Kuntz, M., *Les toxicomanes. Du goût de la drogue au goût de la contrainte*, Paris, L'Harmattan ,1998.

Ladrière, P., « La notion de personne, héritière d'une longue tradition », in Novaes, S (Dir), *Biomédecine et devenir de la personne*, Paris, Seuil, 1991.

Lalande, A., Grelet, S., *Tensions et transformation des pratiques de substitution en ville*, OFDT, 2001.

Lalande, A., Grelet, S., *Pratique de la substitution en ville. Suivi de patients usagers de drogues en médecine générale, approche qualitative*, EPID92-ARES92, OFDT, 1999.

Lert, F., « Methadone, Subutex. Substitution ou traitement de la dépendance à l'héroïne ? Question en santé publique », in Ehrenberg, A., (Dir) *Drogues et médicaments psychotropes, le trouble des frontières,* Editions ESPRIT, « Société », 1998.

Lert, F., fombonne, E., *La toxicomanie, vers une évaluation de ses traitements*, Paris, La Documentation Française, 1989.

Lindesmith, A., *Addiction and Opiates*, New York, Aldine, 1947.

Lowenstein, W., *et al.*, *La méthadone et les traitements de substitution,* Doin, 1995.

McLellan *et al.*, «The effect of psychosocial services in substance abuse treatment». *Journal of American Medical Association*. 269. 1993.

McLellan, A.T., Arndt, I.O., Metzger, D.S., Woody, G.E., O'Brien, C.P., «The effects of psychosocial services in substance abuse treatment, *Journal of the American Medical Association*, 269(15), pp1953-1959, 1993.

McLellan *et al.*, «Is councelor an "Active ingredient in substance abuse rehabilitation ? » An examination of treatment success among four councelors».*Journal of Nervous and Mental Disease,* 176, 1988.

McLellan *et al.*, « Is treatment for substance abuse effective ?» *Journal of the American Medical Association* (JAMA), 247, 1982.

Maddux J.F, Desmond D.P, *Career of opioid User*, Preager, New York, 1981.

Martineau, H., Gomart, E., *Politiques et expérimentations sur les drogues aux Pays-Bas*, Paris, OFDT, Décembre 2000.

Matza, D., Sykes, G.M., « Techniques of Neutralization : a Theory of Delinquency », *American Sociological Review*, 1957, n°22, pp657-669.

Memmi, A., *La dépendance*, Paris, Gallimard, « Folio Essais », 1993.

Merllié, D., Lenoir, R., Champagne, P., Pinto, L., « La construction statistique », in, *Initiation à la pratique sociologique*, Paris, Dunod, 1989, p. 101-108.

Metzger, D.S., Woody, G.E., McLellan, A.T., O'Brien, C.P., Platt, J.J., DePhilippis, D., Stolley, P., Abrutyn, E., « Human immuno-deficiency virus seroconversion among intravenous drug users in- and out-of treatment : An 18-month prospective follow-up», *Journal of Acquired Immune Deficiency Syndrome*, 6(9), pp1046-1056, 1993.

Metzger, D., Woody, G., DePhilippis, D., McLellan, A.T., O'Brien, C.P., Platt, J.J., «Risk factors for needle sharing among methadone-treated patients», *American Journal of Psychiatry*, 148(5), pp636-640, 1991.

Mission interministérielle de lutte contre la drogue et la toxicomanie (MILDT), *Plan triennal de lutte contre la drogue et de prévention contre les dépendances (1999-2000-2001)*, Paris, La documentation française, 1999.

Mino, A., « Les maintenances à la méthadone », *L'information psychiatrique*, 3-Mars 1995, p. 244.

Morel, A., Hervé, F., Fontaine, B., *Soigner les toxicomanes,* Paris, Dunod ,1997.

Morin, E., *Sociologie*, Paris, Seuil, 1984

Mounier, E., *Le Personnalisme*, Paris, PUF, 1949.

Munck, J., (De), « La régulation des drogues dans le conflit de normes », in *Vivre avec les drogues.* Communications n°62. 1996.

Nahoum-Grappe, *L'ennui ordinaire*, Paris, Austral ,1995.

Newman, R.G., « What's so special about methadone maintenance ? », *Drug and Alcohol Review*, 10, pp225-232, 1991.

Nurco, D.N., Cisin, I.H., Balter, M.B., "Addict careers, II. The first ten years", *International Journal of Addiction*, 16(8), 1981.

O'Donnel, J.A., "A Follow-up of narcotic addiction. A critic of follow-up studies"*,* in DM Wilder, GG Kassebaum, *Narcotics*, McGraw Hill, New York, 1965.

OFDT, Evaluation de la prise en charge des toxicomanes. Enquête auprès des médecins généralistes en 1998 et comparaison 92-95-98. Paris, EVAL, 1998.

OFDT, Tendances Récentes, Rapport TREND, Mars 2000.

OFDT, Drogues et toxicomanies Indicateurs et tendances, rapport 2002

Ogien, A., *Sociologie de la déviance et usage de drogues. Une contribution de la sociologie américaine*, Document du Groupement de Recherche Psychotropes, politique et société, n°5 Avril-Juin 2000.

Ogien, A., « Les registres de description de la toxicomanie *»*, *Déviance et Société*, Vol.20, no 4, 1996.

Ogien, A., *Sociologie de la déviance.* Paris, Armand Collin, 1995.
Ogien, A., « La morale du déviant », *Revue française des affaires sociales*, 3-4, 1994.

Ogien, A., *Le raisonnement psychiatrique*, Paris, Méridiens-Klincksieck, 1989.

Padieu, R., *L'information statistique sur les drogues et les toxicomanies,* Rapport de la Délégation Générale à la Lutte contre la Drogue et la Toxicomanie, "La documentation française", 1992.

Parker, R.N, Auerhahn, K, «Alcohol, drugs and violence»*, Annual Reviews of Sociology*, 1998, 24, 291-311.

Pedinielli, JL, Rouan, G, et Bertagne, P, *Psychopathologie des addictions,* Paris, PUF, 1997.

Pell, S., Brodsky, A., *The Truth about Addiction and Recovery,* Simon and Schuster, New York, 1991.

Perdriau, JF., Bâcle, F., Lalande, M., Fontaine, A., *Suivi de patients usagers de drogues en médecine générale – Etude prospective de suivi de 95 patients usagers. Approche quantitative,* OFDT, ARES 92, Avril 2001.

Perkins, M.E., Richman, A., «Prevalence of participation in methadone programs», *American Journal of Psychiatry*, 129(4), pp447-450, 1972.

Platt Jerome, J., and al., «Methadone Maintenance Treatment : Its development and Effectiveness After 30 Years», in *Heroin in the age of Crack-Cocaine, Drug, Health and Social Series,* Vol.6, Sage Publications, 1998.

Pollak, M., *L'expérience concentrationnaire*, Paris, Métaillié, « Sciences Humaines », 2000.

Preble, E., *Taking care of business*. *The economics of crime by heroïn abusers.* Lexington. Lexington book, 1985.

Reynaud, M., Parquet, PJ., Lagrue, G., *Les pratiques addictives : usage, usage nocif et dépendance aux substances psycho-actives,* rapport remis au secrétaire d'Etat à la Santé. 1999.

Richard, D., Senon, JL., *Dictionnaire des Drogues, des toxicomanies et des dépendances*, Paris, Larousse-Bordas, 1999.

Rocques, B., *La dangerosité des drogues,* Paris, Odile Jacob, 1999.

Rosenbaum, M., Irwin, J., Murphy, S., « De facto destabilization as policy : The impact of short-term maintenance », *Contemporary Drug Problems*, 15(4), pp491-517, 1988.

Sells, S.B., « Treatment effectiveness ». In DuPont, R.L., Goldstein, A., O'Donnell, J., (Eds), *Handbook on drug abuse*, pp105-117, 1979.

« La Drogue et le cerveau, tout savoir sur les effets réels », *Sciences et vie*, Hors série n° 217, décembre 2001.

Simson, DD., Joe, GW., Bracy, SA., *Six year follow-up opioid addicts after admission to treatment*, Archives of general Psychiatry, 39 11, 1982.

Sorensen, J.L., Deitch, D.A., Acampora, A., «Treatment collaboration of methadone maintenance programs and therapeutics communities», *American Journal of Drug and Alcohol Abuse*, 10(3), pp347-359, 1984.

Stimson, G., Oppenheimer, E., *Heroin Addiction*, Londres, Tavistock, 1982.

Tignol, J., « Le craving ou la passion torturante du toxicomane ». *Humeurs,* n°8, 1992.

Touraine, A, *La recherche de soi. Dialogue sur le sujet*, Paris, Fayard, 2000

Touraine, A., « La formation du sujet », in Dubet, F., Wieviorka, M.,(Dir), *Penser le sujet autour d'Alain Touraine*, Colloque de Cerisy, Paris, Fayard, 1995.

Touraine, A., « Inégalités de la société industrielle, exclusion du marché », in Affichard, J, De Foucauld, J.J. (Dir), *Justice sociale et inégalités*, Paris, Esprit, « Société », Octobre 1992, p. 163-174

Todorov, T., *La vie commune. Essai d'anthropologie générale*, Paris, Seuil, 1995.

Touzeau, D., *et al.*, *Les traitements de substitution pour les usagers de drogues,* Paris, Arnette, 1997.

Trautman, C., *La lutte contre la toxicomanie et le trafic de stupéfiants*, rapport remis au Premier ministre, Paris, La Documentation Française, 1990.

Vaillant G.E, *A 20 year follow-up of New York narcotic addicts*, Arch Gen Psychiatry, 29 2, 1973.

Vera Ocampo, E., *L'envers de la toxicomanie. Un idéal d'indépendance*, Paris, Denoël, « L'espace analytique », 1989.

VIDAL-TRECAN, G *et al.*, Usagers de drogues injectables et buprénorphine haut dosage. Analyse des déviations de son utilisation, étude de l'Observatoire Français des Drogues et Toxicomanies.

Waldorf, D., « Natural recovery from opiate addiction : some social psychological processes of untretead recovery », *Journal of drug issues*, 1983, p. 237-280.

Woody, G., et alli, «Psychotherapie for opiate addicts. Does it Help ? », in *Arch. of General Psychiatry*, b, 1985.

Yancovitz, S.R., Des Jarlais, D.C., Peyser, N.P., Drew, I., Friedman, P., Trigg, H.L., Robinson, J.W., «A randomized trial of an interim methadone maintenance clinic», *American Journal of Public Health*, 81(9), pp1185-1191, 1991.

Zafiropoulos, M., *Le toxicomane n'existe pas,* Paris, Navarin, 1988.

Zinberg, N, E., *Drug, Set and Setting, The Basis for Controlled Intoxicant Use,* New Haven, Yale University Press, 1974.

A partir d'une enquête menée auprès de toxicomanes en traitement de substitution en centres méthadone et en médecine de ville, l'auteur analyse l'expérience individuelle de ces traitements et plus largement de la sortie de la toxicomanie. L'essentiel des études menées sur les traitements de substitution interroge leur efficacité sur la base d'indicateurs (taux d'abstinence, taux de réinsertion professionnelle, réduction des activités délinquantes...). L'auteur propose une approche décalée. L'efficacité du traitement y est envisagée sur la base de l'appréciation de ces patients usagers ou ex-usagers de drogues. Ceux-ci sont conçus comme des acteurs. Il y a là un renversement des interprétations dominantes. Médicales, pénales ou bien issues des représentations communes, elles définissent la toxicomanie comme une conduite pathologique et conçoivent les toxicomanes sous l'angle de leurs manques ou défaillances psychologiques. Contre ces interprétations, l'auteur prend le parti de considérer l'usage de drogues comme une activité sociale ordinaire et les usagers de drogues comme des sujets sociaux pour partie rationnels. Il s'agit alors de faire état des dispositions et ressources qu'ils mettent au service de leur évolution indépendamment ou en plus des aides dont ils bénéficient. La sortie de la toxicomanie apparaît comme un processus d'autotransformation. Elle repose sur un travail de l'individu. Celui-ci n'est ni seul ni tout puissant pour franchir les étapes du processus de sortie. Mais il conserve une marge d'autonomie et il use du traitement conformément aux catégories de jugement qui sont les siennes. Son évolution est également portée par un désir de redevenir un sujet singulier, maître et auteur de ses actes.

Maitena MILHET